SEPTEMBRE 2002

Indicateurs de rendement du système de SANTÉ

Un rapport comparatif destiné à la population néo-brunswickoise sur les indicateurs de la santé et du système de santé

New Nouveau
Brunswick
CANADA
Santé et Mieux-être

Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ

Un rapport comparatif destiné à la population néo-brunswickoise sur les indicateurs de la santé et du système de santé

Septembre 2002

New Nouveau
Brunswick
CANADA
Santé et Mieux-être

Le présent rapport est fondé sur les recommandations relatives à l'établissement de rapports comparables sur des indicateurs de rendement, qui ont été formulées dans le *Communiqué sur la santé* publié par les premiers ministres le 11 septembre 2000 et dans le plan sur l'établissement de rapports FPT (fédéraux, provinciaux et territoriaux) sur 14 domaines d'indicateurs, qui a été accepté par la Conférence des sous-ministres de la santé en juin 2002 et qui a, par la suite, été modifié sur approbation du président du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats et ce, jusqu'au 30 août 2002 inclusivement.

Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ

Rapport publié par :
Ministère de la Santé et du Mieux-être
Province du Nouveau-Brunswick
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Canada

Septembre 2002

Also available in English under the title : *HEALTH Performance Indicators*

Vous pouvez vous procurer des exemplaires du présent rapport auprès de la **Direction des communications** :

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
Téléphone : (506) 453-2536
Télécopieur : (506) 444-4697

Vous pouvez aussi obtenir un exemplaire du présent rapport par le biais du site Web du ministère de la Santé et du Mieux-être à l'adresse suivante :

http://www.gnb.ca/0051/index-f.asp

Couverture
Communications Nouveau-Brunswick

Composition
Ministère de la Santé et du Mieux-être

Impression et reliure
Ministère de l'Approvisionnement et des Services

ISBN : 1-55396-026-2

Rapport imprimé au Nouveau-Brunswick

AVANT-PROPOS

En septembre 2000, les premiers ministres ont publié un *Communiqué sur la santé* dans lequel ils s'engageaient à soumettre des rapports de responsabilisation clairs à la population canadienne au sujet de la santé des citoyens et du rendement de leurs systèmes de santé. Les premiers ministres ont enjoint aux ministres de la Santé de collaborer à l'élaboration d'un cadre convenu conjointement d'indicateurs comparables portant sur l'état de santé, des résultats en matière de santé et la qualité des services. Les premiers ministres ont également enjoint aux ministres de la Santé de commencer à produire des rapports sur ces indicateurs d'ici septembre 2002.

Afin d'assurer la précision et la comparabilité des résultats présentés, le *Communiqué sur la santé* a aussi demandé aux gouvernements d'assurer une vérification appropriée et indépendante par un tiers des résultats présentés.

Le présent rapport permet à la province du Nouveau-Brunswick de tenir son engagement de commencer à produire, en septembre 2002, des rapports sur des indicateurs comparables de la santé et du rendement du système de santé. Il présente un grand nombre d'indicateurs comparables de la santé et du rendement du système de santé qui ont été convenus conjointement, et les résultats des mesures ont fait l'objet d'un certain nombre de procédés de vérification menés par le vérificateur général du Nouveau-Brunswick à la demande du ministre des Finances. (Voir le rapport du vérificateur général sur les résultats de l'application de procédés de vérification définis.)

Responsabilité de la gestion

Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick est responsable de la présentation des renseignements contenus dans le rapport *Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ*. Cette responsabilité comprend l'analyse, la présentation et l'interprétation des données dans le cadre des paramètres fournis par le Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats et approuvés par la Conférence des sous-ministres de la Santé et/ou la présidence du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats.

Pour la préparation du rapport, la sous-ministre et l'équipe des cadres supérieurs du ministère de la Santé et du Mieux-être se sont fiés aux renseignements obtenus auprès d'organismes externes dont notamment Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Santé Canada. Bien que nous nous soyons fiés à ces renseignements, nous sommes aussi conscients que les données sur les indicateurs de la santé doivent être améliorées. Le rapport respecte toutes les exigences importantes en matière de rapports sur les indicateurs comparables de la santé tels qu'approuvées par les sous-ministres de la Santé. Toutes les dérogations importantes à l'entente sont notées dans le rapport.

Table des matières

INTRODUCTION **3**

AU SUJET DU RAPPORT **7**

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL SUR LES RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE PROCÉDÉS DE VÉRIFICATION DÉFINIS **11**

ÉTAT DE SANTÉ **13**

ESPÉRANCE DE VIE

Espérance de vie 14

Espérance de vie sans incapacité 16

MORTALITÉ INFANTILE 18

FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE 20

AUTO-ÉVALUATION DE LA SANTÉ 22

RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTÉ **25**

CHANGEMENTS RELATIFS À L'ESPÉRANCE DE VIE

Taux de mortalité suivant un infarctus aigu du myocarde 26

Taux de mortalité suivant un accident vasculaire cérébral 28

Taux de mortalité suivant un cancer du poumon 30

Taux de mortalité suivant un cancer de la prostate 32

Taux de mortalité suivant un cancer du sein 34

Taux de mortalité suivant un cancer colorectal 36

Taux relatif de survie après cinq ans suivant certains cancers 38

(poumon, colorectal, prostate et sein)

Taux de mortalité après 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde et d'accident vasculaire cérébral 40

Taux de survie net après un accident vasculaire cérébral ou un infarctus aigu du myocarde 42

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE

Taux d'arthroplasties complètes de la hanche et du genou 44

FARDEAU RÉDUIT EN MATIÈRE DE MALADIE, D'AFFECTION ET DE BLESSURE

Taux d'incidence du cancer du poumon 46

Taux d'incidence du cancer de la prostate 48

Taux d'incidence du cancer du sein 50

Taux d'incidence du cancer colorectal 52

Années potentielles de vie perdues en raison du cancer du poumon 54

Années potentielles de vie perdues en raison du cancer de la prostate 56

Années potentielles de vie perdues en raison du cancer du sein 58

Années potentielles de vie perdues en raison d'un cancer colorectal 60

Années potentielles de vie perdues en raison d'un infarctus aigu du myocarde 62

Années potentielles de vie perdues en raison d'un accident vasculaire cérébral 64

Années potentielles de vie perdues en raison d'une blessure non intentionnelle 66

Années potentielles de vie perdues en raison du suicide 68

Incidence des maladies prévenues par un vaccin 70

(méningococcie invasive, rougole, haemophilus influenzae b invasive (hib))

QUALITÉ DES SERVICES **73**
DÉLAI D'ATTENTE POUR DES DIAGNOSTICS ET TRAITEMENTS CLÉS
Délai d'attente pour la chirurgie cardiaque 74
SATISFACTION DES PATIENTS 76
RÉADMISSION À L'HÔPITAL POUR CERTAINES AFFECTIONS
Taux de réadmission à l'hôpital pour un infarctus aigu du myocarde ou une pneumonie 78
Accès aux services de première ligne 24 h sur 24, 7 jours par semaine 80
Services de soins à domicile et de soins communautaires 82
Services de soins à domicile et de soins communautaires
Affections sensibles aux soins ambulatoires 84
SURVEILLANCE ET PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
Tuberculose et *E. coli* à vérotoxine 86
VIH et Chlamydia 88
Exposition à la fumée de cigarette environnementale 90
PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DE LA MALADIE
Usage du tabac 89
Activité physique 94
Indice de masse corporelle 98
Vaccination contre l'influenza 102

INTRODUCTION

Le rapport *Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ* de 2002 se veut un premier essai de communication de rapports globaux et comparables à la population du Nouveau-Brunswick sur un grand nombre de mesures qui reflètent collectivement l'état de santé de la population et le rendement du système de santé financé par les deniers publics. L'établissement de rapports sur l'état de santé de la population et le rendement du système de santé n'est pas une nouvelle activité du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick. En effet, le ministère a auparavant décrit l'état de santé de la population dans les rapports sur l'état de santé de la population néo-brunswickoise et il a utilisé toute une série d'outils pour faire rapport sur des indicateurs du rendement du système, y compris le rapport annuel du ministère.

Le présent rapport est unique étant donné qu'il fait partie d'un effort à l'échelle nationale pour fournir aux citoyens des données sur l'état de santé et le rendement du système de santé qui sont comparables dans toutes les juridictions FPT. Au cours des deux dernières années, le ministère de la Santé et du Mieux-être a collaboré avec toutes les juridictions FPT à l'élaboration d'une méthode commune d'établissement de rapports sur un grand nombre de mesures relatives à 14 aspects différents de l'état de santé, des résultats en matière de santé et de la qualité des services. Toutes les juridictions FPT ont accepté d'analyser et de présenter leurs résultats sous forme d'un modèle qui est significatif pour leur public et qui est comparable dans toutes les juridictions. Afin d'améliorer l'accès à ces données et d'encourager des comparaisons entre les juridictions, toutes les juridictions FPT publieront, en septembre 2002, un document semblable au rapport *Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ* du Nouveau-Brunswick.

But

Dans leur *Communiqué sur la santé* publié en septembre 2000, les premiers ministres ont cerné plusieurs effets positifs qu'il est possible d'obtenir grâce à l'établissement de rapports FPT comparables. Ces effets positifs incluent :

- une obligation améliorée de rendre des comptes au public;
- une compréhension améliorée du public face au rendement du système de santé;
- un processus décisionnel amélioré;
- une promotion des meilleures méthodes;
- un rendement amélioré du système de santé.

L'établissement de rapports sur des indicateurs comparables par les juridictions FPT corrobore l'obtention de ces effets positifs escomptés en améliorant la capacité des partenaires du système de santé et du public de comparer et d'évaluer les résultats. Une évaluation comparative des données sur l'état de santé et le rendement du système de santé aidera les gestionnaires du système de santé à prendre de meilleures décisions au sujet de l'amélioration et de la prestation des services de santé. En outre, l'établissement de rapports comparables contribuera mieux aux discussions sur les politiques gouvernementales au sujet du rôle et des limites du système de santé structuré dans la promotion d'une santé et d'un mieux-être optimaux au Nouveau-Brunswick.

Contenu du rapport

Le tableau de la page suivante comprend 67 indicateurs distincts qui ont été cernés pour faire partie des rapports sur des indicateurs comparables des juridictions FPT. Au début de l'exercice, il a été reconnu qu'il existe des juridictions qui ne pourront pas faire rapport sur chacun des 67 indicateurs à l'automne 2002. Le rapport *Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ* du Nouveau-Brunswick inclut des données sur tous les indicateurs, sauf les indicateurs suivants :

- Numéro 37 : Prévalence du diabète. Le système utilisé pour recueillir les données relatives à cet indicateur n'a pas été entièrement mis en place au Nouveau-Brunswick. Ainsi, des données comparables pour le Nouveau-Brunswick n'étaient pas disponibles dans le cadre du rapport de 2002.

- Numéros 39, 40, 41 et 42 : Délais d'attente pour l'arthroplastie de la hanche, délais d'attente pour l'arthroplastie du genou, délais d'attente pour la radiothérapie associée au cancer du sein et délais d'attente pour la radiothérapie associée au cancer de la prostate. Le Nouveau-Brunswick commence à élaborer des systèmes pour établir les délais d'attente en ce qui concerne ces procédés. Ainsi, des données comparables pour le Nouveau-Brunswick n'étaient pas disponibles dans le cadre du rapport de 2002.

- Numéros 43, 44 et 45 : Délais d'attente déclarés pour les visites de médecins spécialistes, délais d'attente déclarés pour les services diagnostiques et délais d'attente déclarés pour une chirurgie. La source de données relativement à ces indicateurs était une enquête spéciale menée par Statistique Canada. En raison de préoccupations méthodologiques, le Nouveau-Brunswick et neuf des autres juridictions FPT ont décidé de ne pas participer à l'enquête. Seules les juridictions qui ont participé à l'enquête doivent faire rapport sur ces indicateurs.

- Numéros 52, 53, 54 et 55 : Accès aux services de santé de première ligne, 24 heures sur 24, sept jours par semaine. La source de données relativement à ces indicateurs était l'enquête spéciale de Statistique Canada mentionnée ci-dessus. Étant donné que le Nouveau-Brunswick n'a pas participé à l'enquête, il ne lui est pas nécessaire de faire rapport sur ces indicateurs. Cependant, le Nouveau-Brunswick a communiqué des données sur son service de triage des services Télé-Soins sous la rubrique « Accès aux services de santé de première ligne, 24 heures sur 24, sept jours par semaine ».

Liste des 67 indicateurs comparables			
Nº	Nom de l'indicateur	Nº	Nom de l'indicateur
1	Espérance de vie	34	Taux d'incidence des maladies méningococciques invasives
2	Espérance de vie sans incapacité	35	Taux d'incidence de la rougeole
3	Mortalité infantile	36	Taux d'incidence des maladies dues à Haemophilus influenzae B (invasives) (HIB)
4	Faible poids de naissance	37	Prévalence du diabète
5	Auto-évaluation de la santé	38	Délais d'attente pour des soins cardiaques
6	Taux de mortalité suivant un cancer du poumon	39	Délais d'attente pour l'arthroplastie de la hanche
7	Taux de mortalité suivant un cancer de la prostate	40	Délais d'attente pour l'arthroplastie du genou
8	Taux de mortalité suivant un cancer du sein	41	Délais d'attente pour la radiothérapie associée au cancer du sein – semaines pour éliminer la liste d'attente actuelle, attente médiane
9	Taux de mortalité suivant un cancer colorectal	42	Délais d'attente pour la radiothérapie associée au cancer de la prostate – semaines pour éliminer la liste d'attente actuelle, attente médiane
10	Taux de mortalité suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM)	43	Délais d'attente déclarés pour les visites de médecins spécialistes – attente médiane, distribution des délais d'attente
11	Taux de mortalité suivant un accident vasculaire cérébral	44	Délais d'attente déclarés pour les services diagnostiques – attente médiane; distribution des délais d'attente
12	Taux de survie relatif dans les cinq années suivant un cancer du poumon	45	Délais d'attente déclarés pour une chirurgie – attente médiane; distribution des délais d'attente
13	Taux de survie relatif dans les cinq années suivant un cancer de la prostate	46	Satisfaction des patients – services de santé globaux
14	Taux de survie relatif dans les cinq années suivant un cancer du sein	47	Satisfaction des patients – soins hospitaliers
15	Taux de survie relatif dans les cinq années suivant un cancer colorectal	48	Satisfaction des patients – soins des médecins de famille et d'autres médecins
16	Taux de mortalité dans les 30 jours suivant un IAM	49	Satisfaction des patients – soins de santé communautaires
17	Taux de mortalité dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral	50	Réadmissions à l'hôpital – IAM
18	Taux de survie net dans les 365 jours suivant un IAM	51	Réadmissions à l'hôpital – pneumonie
19	Taux de survie net dans les 180 jours suivant un accident vasculaire cérébral.	52	Accès aux services de première ligne, 24 heures sur 24, sept jours par semaine : difficulté à obtenir des services de santé courants ou continus – pendant les heures régulières de la journée; le soir ou les fins de semaine
20	Taux d'arthroplasties complètes de la hanche	53	Accès aux services de première ligne, 24 heures sur 24, sept jours par semaine : difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé – pendant les heures régulières de la journée; le soir ou les fins de semaine; la nuit
21	Taux d'arthroplasties complètes du genou	54	Accès aux services de première ligne, 24 heures sur 24, sept jours par semaine : difficulté à obtenir des soins immédiats – pendant les heures régulières de la journée; le soir ou les fins de semaine; la nuit
22	Taux d'incidence du cancer du poumon	55	Accès aux services de première ligne, 24 heures sur 24, sept jours par semaine – pourcentage de gens ayant un médecin de famille régulier
23	Taux d'incidence du cancer de la prostate	56	Soins à domicile et services communautaires – admissions aux programmes de soins à domicile; admissions aux programmes de soins à domicile, personnes de plus de 75 ans
24	Taux d'incidence du cancer du sein	57	Soins à domicile et services communautaires – utilisation des services de soins à domicile
25	Taux d'incidence du cancer colorectal	58	Soins à domicile et services communautaires – affections sensibles aux soins ambulatoires
26	Années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer du poumon	59	Surveillance et protection de la santé publique – tuberculose
27	Années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer de la prostate	60	Surveillance et protection de la santé publique – VIH
28	Années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer du sein	61	Surveillance et protection de la santé publique – *E. coli* à vérotoxine
29	Années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer colorectal	62	Surveillance et protection de la santé publique – chlamydia
30	Années potentielles de vie perdues par suite d'un IAM	63	Surveillance et protection de la santé publique – exposition à la fumée de cigarette environnementale
31	Années potentielles de vie perdues par suite d'un accident vasculaire cérébral	64	Promotion de la santé et prévention des maladies – usage du tabac (pourcentage de fumeurs adolescents actuels; pourcentage de fumeurs adolescents quotidiens)
32	Années potentielles de vie perdues par suite d'un suicide	65	Promotion de la santé et prévention des maladies – activité physique
33	Années potentielles de vie perdues par suite d'une blessure non intentionnelle	66	Promotion de la santé et prévention des maladies – poids corporel
		67	Promotion de la santé et prévention des maladies – immunisation contre la grippe des personnes de plus de 65 ans

Points exclus du rapport

Le rapport *Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ* vise à informer la population du Nouveau-Brunswick au sujet de son état de santé et du rendement de son système de santé. Ainsi, le présent rapport n'inclut pas les résultats des mesures d'autres juridictions (provinciales ou territoriales). Il comprend uniquement les résultats des mesures du Nouveau-Brunswick comparativement à ceux du Canada dans son ensemble (dans les cas où les résultats moyens canadiens sont disponibles). Les personnes intéressées à examiner les résultats des mesures d'autres juridictions peuvent le faire en s'adressant directement aux juridictions ou en visitant le site Web de Statistique Canada.

De plus, une analyse ou un exposé approfondi des raisons attribuables aux tendances, aux différences ou aux modifications quant aux résultats des mesures du Nouveau-Brunswick ne fait pas partie du rapport. L'objectif principal du rapport est de présenter les résultats factuels des mesures du rendement. Un exposé très poussé au sujet des motifs de l'obtention d'un résultat particulier ou les facteurs qui sont à l'origine de tendances et de différences observées exigeraient une analyse approfondie qui déborde du cadre du rapport.

Les renseignements de base sur la nature des services de santé associés à différentes mesures du rendement ou l'examen de mesures ou d'initiatives visant à se pencher sur des problèmes observés au sujet de l'état de santé ou de la prestation des services de santé ne sont également pas inclus dans le rapport. Comme il a été noté précédemment, l'objectif du rapport est de présenter les résultats factuels des mesures. Des renseignements sur l'organisation des services de santé et sur de récentes initiatives visant à améliorer l'état de santé et le rendement du système de santé au Nouveau-Brunswick sont inclus dans d'autres documents du gouvernement et du ministère de la Santé et du Mieux-être.

Plans futurs sur l'établissement de rapports

Les plans actuels prévoient la production d'un rapport sur les indicateurs de rendement en santé tous les deux ans en coordination avec les exercices d'établissement de rapports comparables dans d'autres juridictions FPT. Pour ce qui est de la prochaine série de rapports, le Nouveau-Brunswick se concentrera sur l'amélioration de sa capacité de faire rapport sur tous les indicateurs comparables convenus conjointement. Dans ce but, il mettra particulièrement l'accent sur la mise en œuvre complète d'un système provincial de surveillance du diabète et l'amélioration de la capacité de mesurer les délais d'attente pour les principaux services de diagnostic et de traitement, y compris l'arthroplastie de la hanche et du genou et la radiothérapie.

En plus de se concentrer sur des améliorations internes, le Nouveau-Brunswick continuera à participer au perfectionnement d'un cadre global de mesure de la santé et du rendement du système de santé. En outre, l'élaboration de méthodes d'utilisation de données administratives, plutôt que de données d'enquête fondées sur l'auto-déclaration, pour mesurer l'accès important aux indicateurs de soins présente un intérêt particulier pour le Nouveau-Brunswick.

AU SUJET DU RAPPORT

Organisation

Les résultats du rapport *Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ* sont divisés en trois catégories majeures comprenant 14 sous-catégories. Voici les catégories et les sous-catégories :

I État de santé

1. Espérance de vie
2. Mortalité infantile
3. Faible poids à la naissance
4. Auto-évaluation de la santé

II Résultats en matière de santé

5. Changements dans l'espérance de vie
6. Amélioration de la qualité de vie
7. Diminution du fardeau des maladies, des affections et des blessures

III Qualité des services

8. Délais d'attente pour les principaux services de diagnostic et de traitement
9. Satisfaction des patients
10. Réadmissions à l'hôpital pour certaines affections
11. Accès aux services de santé de première ligne, 24 heures sur 24, sept jours par semaine
12. Soins à domicile et services communautaires
13. Surveillance et protection de la santé publique
14. Promotion de la santé et prévention des maladies

Chacune des 14 sous-catégories comprend une mesure ou plus ayant pour objet de refléter le rendement dans le domaine particulier. Les données de chaque mesure sont présentées dans un tableau accompagné des notes techniques, d'une description et d'une analyse brèves des résultats, et des graphiques correspondants. Il faudrait noter qu'en raison des limites d'espace, des graphiques ne sont pas fournis pour tous les aspects des données contenues dans les tableaux.

Sources des données

Les principales sources des données présentées dans le rapport *Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ* sont Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Une bonne partie des données provenaient de sources provinciales, comme des dossiers de santé, des agences des statistiques de l'état civil et des registres du cancer, mais Statistique Canada et l'ICIS étaient responsables de réunir ces données pour obtenir les résultats sur les indicateurs de rendement normalisés, qui ont été utilisés par toutes les juridictions FPT dans la préparation de leurs rapports sur les indicateurs comparables.

Les seuls résultats sur les indicateurs qui ont été compilés de façon indépendante par le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick sont les résultats des mesures des délais d'attente pour la chirurgie cardiaque et de l'accès aux services de santé de première ligne (Télé-Soins), 24 heures sur 24, sept jours par semaine.

Note sur la variabilité et l'importance statistique

La variabilité est un terme statistique qui décrit le degré de précision obtenu en ce qui concerne la mesure de divers phénomènes, y compris des situations ou des événements liés à la santé. Tous les résultats sur les indicateurs de rendement contenus dans le rapport *Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ* possèdent un certain degré de variabilité. Cette variabilité rend parfois difficile la tâche de juger si les différences entre deux mesures sont des différences « réelles » ou si elles sont seulement des différences qui découlent d'une variabilité aléatoire.

L'exemple suivant illustre ce problème : Si la personne A va dans un grand magasin et qu'elle essaie plusieurs pèse-personnes différents, elle pourrait constater qu'un pèse-personne indique un poids aussi bas que 155 livres, tandis qu'un autre pèse-personne indique un poids aussi élevé que 160 livres, et que son poids moyen d'après tous les pèse-personnes est de 158 livres. La différence des poids indiqués par les différents pèse-personnes, soit cinq livres, représente la variabilité associée à la mesure du poids de la personne A. Nous pouvons peut-être être certains à 95 % que le poids « réel » de la personne A se situe entre 155 et 160 livres, mais nous ne pouvons être absolument certains que son poids exact ou « réel » est de 158 livres.

Si la personne B essaie les mêmes pèse-personnes et qu'elle constate que les mesures de son poids varient de 150 livres à 158 livres et que son poids moyen se situe à 156 livres, nous dirons probablement que la personne A pèse deux livres de plus que la personne B. Cependant, en raison de la variabilité associée aux mesures de poids, nous ne pouvons être entièrement certains qu'il existe une différence « réelle » entre le poids de la personne A et celui de la personne B. Dans des termes techniques, nous dirions que la différence entre le poids de la personne A et celui de la personne B n'est pas « statistiquement significative ».

Maintenant, supposons que la personne C essaie les mêmes pèse-personnes et qu'elle constate que les mesures de son poids varient de 200 à 210 livres et que son poids moyen se situe à 205 livres. Étant donné que les divers poids de la personne A et de la personne C ne se chevauchent pas, nous pouvons être très certains que la personne C pèse plus que la personne A. Dans des termes techniques, nous dirions que la différence de poids entre la personne C et la personne A est statistiquement significative.

Le but de l'exemple précédent est de souligner le point suivant : afin de comprendre si une différence observée entre deux résultats de mesure est en fait une différence « réelle » ou statistiquement significative, nous devons connaître le degré de variabilité associé au processus de mesure. Toutes les mesures d'indicateurs présentées dans le rapport *Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ* comportent une certaine variabilité, et différentes méthodes de mesure produisent différents degrés de variabilité. Par exemple, les mesures associées aux enquêtes possèdent généralement des degrés de variabilité plus élevés que les mesures associées aux statistiques de l'état civil ou aux dossiers de santé.

Dans le rapport, aucune tentative n'a été faite pour isoler les différences qui sont statistiquement significatives et celles qui ne le sont pas. Par conséquent, voici une mise en garde : les modifications ou les différences observées au sujet de divers résultats sur les indicateurs, qui augmentent ou diminuent avec le temps, ou de certains résultats, qui sont plus élevés ou moins élevés que d'autres, ne sont pas nécessairement statistiquement significatives. Les personnes intéressées à déterminer si des modifications ou des différences observées sont statistiquement significatives sont encouragées à visiter le site Web de Statistique Canada ou de l'ICIS afin d'obtenir l'information sur la variabilité (c'est-à-dire l'intervalle de confiance) nécessaire pour faire les calculs statistiques requis.

Note sur l'interprétation des résultats

En plus d'agir avec circonspection en interprétant l'importance de modifications observées avec le temps ou de différences entre les juridictions au sujet des divers indicateurs, il faudrait tenir compte de deux autres facteurs dans l'interprétation des résultats du rapport : les périodes de référence et l'intercorrélation.

Il y a plusieurs facteurs associés aux périodes de référence. D'abord, il faudrait noter que les données pour plusieurs indicateurs sont relativement anciennes. Certains indicateurs sont fondés sur des données qui datent de plus de cinq ans. Bien que les résultats de mesure de ces indicateurs demeurent valides et comparables, il ne faudrait pas oublier qu'ils reflètent l'état de santé ou le rendement du système de santé qui existait il y a plusieurs années et non celui qui existe nécessairement aujourd'hui.

Deuxièmement, il y a plusieurs périodes de mesure différentes associées à des catégories d'indicateurs connexes. Par exemple, la période de référence associée aux résultats sur les années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer de la prostate va de 1990 à 1999. La période de référence liée aux résultats des taux d'incidence du cancer de la prostate va de 1990 à 1996 et la période de référence quant aux résultats du taux de survie dans les cinq ans suivant un cancer de la prostate est l'année 1997 seulement. Étant donné ces différences dans les périodes de référence, il faudrait veiller à utiliser les résultats de périodes logiquement séquentielles ou comparables en comparant le rendement lié à des indicateurs connexes.

Troisièmement, les nombreux indicateurs pour lesquels des données sont disponibles pour seulement une période sont un autre facteur associé aux périodes de référence. L'examen des résultats des indicateurs pour lesquels une longue tendance temporelle est disponible permettra de constater qu'il peut exister une variabilité des résultats considérable d'une année à l'autre, en particulier à l'échelle provinciale. Par conséquent, il faudrait être très conservateur dans ses conclusions en ce qui a trait à des indicateurs pour lesquels il existe des résultats associés à une période seulement.

En plus des périodes de référence, voici un autre facteur majeur dont il faudrait tenir compte en examinant les résultats des indicateurs de rendement : bon nombre des indicateurs sont intercorrélés. Par exemple, les mesures de la mortalité suivant un cancer du sein et des années potentielles de vie perdues par suite d'un cancer du sein sont très corrélées avec les mesures de l'incidence du cancer du sein et du taux de survie dans les cinq ans suivant un cancer du sein. Un autre type d'intercorrélation est associé au fait que les progrès sur le plan de la santé réalisés dans certains domaines peuvent avoir tendance à produire un effet négatif sur les résultats des mesures dans d'autres domaines. Par exemple, il est généralement compris qu'à

mesure que l'espérance de vie augmente, l'incidence de maladies associées à un âge avancé, comme la maladie d'Alzheimer, le cancer de la prostate et les accidents vasculaires cérébraux, *augmente aussi. De façon similaire, une diminution de la mortalité associée à des maladies qui* ont tendance à frapper plus tôt dans la vie, comme les maladies coronariennes, pourrait aboutir à des taux de mortalité accrus liés à des maladies qui deviennent plus fréquentes plus tard dans la vie, comme le cancer. Étant donné ces types d'intercorrélation, il est important de reconnaître que les 67 indicateurs ne devraient pas être considérés sur une base purement individuelle. Dans de nombreux cas, plusieurs indicateurs reflètent simplement différents aspects d'un problème de santé sous-jacent commun.

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL SUR LES RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE PROCÉDÉS DE VÉRIFICATION DÉFINIS

Ministre de la Santé et du Mieux-être

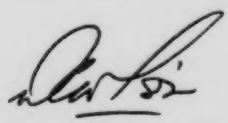
À la demande du ministre des Finances, en vertu du paragraphe 11(1) de la Loi sur le vérificateur général, *j'ai appliqué les procédés qui suivent au rapport du Nouveau-Brunswick intitulé* Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ *en date du 30 septembre 2002. Ces indicateurs constituent le rapport de la direction sur les résultats obtenus dans les domaines d'indicateurs de rendement selon le* Communiqué sur la santé *publié par les premiers ministres et conformément aux recommandations en matière de rapports approuvées par la Conférence des sous-ministres de la Santé, puis modifiées par des révisions subséquentes autorisées par la présidence du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats.*

1. Je me suis assuré que l'information contenue dans le rapport obtenue de sources externes, dont Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé, concorde avec les sources mentionnées.
2. Je me suis assuré que l'information contenue dans le rapport provenant du ministère de la Santé et du Mieux-être concorde avec les rapports produits par les systèmes utilisés pour compiler l'information.
3. J'ai contrôlé par sondages les calculs effectués pour convertir l'information de source en résultats sur les indicateurs présentés dans le rapport.
4. J'ai vérifié la conformité aux exigences de présentation des rapports précisées dans la *Proposition pour l'établissement de rapports comparables FPT dans 14 domaines d'indicateurs* approuvée par la Conférence des sous-ministres de la Santé en juin 2002, puis modifiée par des révisions subséquentes autorisées par la présidence du Comité sur l'établissement de rapports concernant les indicateurs de résultats jusqu'au 30 août 2002 inclusivement.

Suivant l'application des procédés mentionnés ci-dessus, j'ai relevé les exceptions suivantes :

1. L'indicateur « Délais d'attente pour la chirurgie cardiaque » n'est pas entièrement conforme aux exigences de la Proposition, car il exclut les données visant les résidents du Nouveau-Brunswick qui ont subi une chirurgie à l'extérieur du Nouveau-Brunswick. La Proposition exige que ces délais d'attente soient compris. Étant donné la nature du processus suivi par le ministère pour déterminer l'indicateur, nous n'avons pu appliquer les procédés définis requis.
2. Les indicateurs « Taux de réadmission à l'hôpital pour un infarctus aigu du myocarde ou une pneumonie » ne présentent pas toutes les spécifications techniques des indicateurs qui sont notées dans l'annexe de la Proposition.
3. L'indicateur « Accès aux services de première ligne 24 h sur 24, 7 jours par semaine » n'est pas un indicateur compris dans la Proposition; nous n'avons donc pas appliqué les procédés de vérification définis à l'information présentée.

Ces procédés ne constituant pas une vérification des indicateurs de rendement en matière de santé, je n'exprime aucune opinion concernant le rapport du Nouveau-Brunswick sur les *Indicateurs de rendement en matière de SANTÉ*. De plus, les procédés appliqués ne révéleraient pas nécessairement tous les faits importants ayant trait aux indicateurs de rendement en matière de santé.



Daryl C. Wilson, FCA
Le vérificateur général,

Le 30 septembre 2002

Bureau du vérificateur général
C.P. 758
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5B4

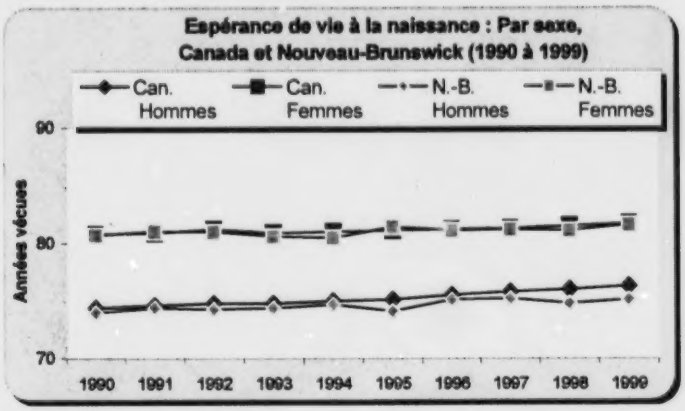
ÉTAT DE SANTÉ

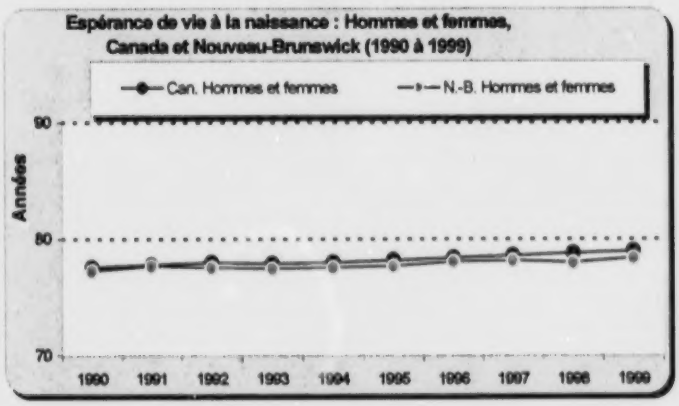
Les indicateurs de cette catégorie visent à refléter l'état de santé de la population. La santé de la population a trait à la santé globale ou moyenne d'une population et elle est généralement mesurée du point de vue de l'état de santé des individus qui constituent la population. Il faudrait noter que les mesures de la santé de la population ne sont pas des mesures directes du rendement du système de santé, car la santé de la population est influencée par de nombreux facteurs en dehors du système de santé structuré. Ces facteurs, qui sont souvent appelés « déterminants » de la santé de la population, incluent :

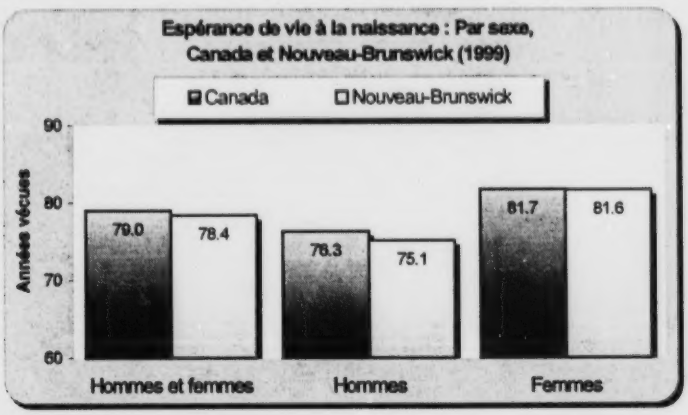
- Le milieu social, économique et physique;
- les habitudes ou choix personnels en matière de style de vie;
- la capacité individuelle et les habiletés d'adaptation;
- la biologie humaine;
- le développement de la petite enfance;
- la qualité et l'accessibilité des services de santé.

En plus d'être les produits de nombreux déterminants, les mesures de l'état de santé de la population reflètent uniquement l'état de santé typique ou moyen des membres de la population. Par conséquent, sans analyse additionnelle, les mesures de la santé de la population peuvent avoir tendance à faire perdre de vue les disparités de santé dans certains segments de la population.

Espérance de vie







DÉFINITION :

L'espérance de vie à la naissance correspond au nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre, à partir de la naissance, selon les taux de mortalité pour une période d'observation donnée, généralement une année civile. L'espérance de vie est un indicateur statistique normalisé qui reflète la durée de vie plutôt que sa qualité.

ANALYSE :

L'espérance de vie est un indicateur généralement utilisé pour déterminer le niveau de santé de la population. Dans les pays développés, l'espérance de vie est liée au sexe et à des facteurs socio-économiques tels que la pauvreté et l'éducation. En 1999, l'espérance de vie la plus longue dans le monde était au Japon, soit de 84,1 ans chez les femmes et de 77,3 ans chez les hommes.

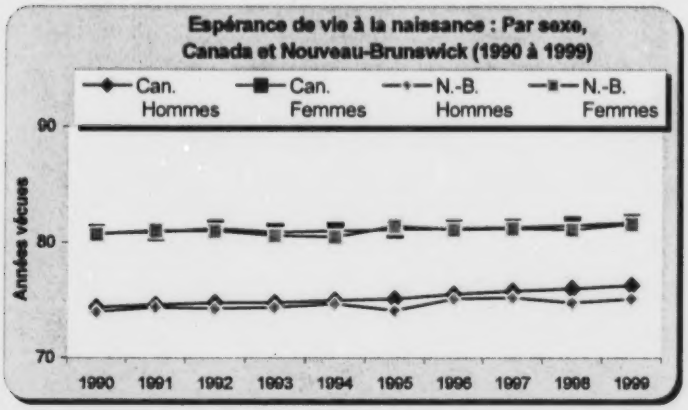
Entre 1990 et 1999, l'espérance de vie des hommes au Nouveau-Brunswick a augmenté d'environ 1,5 % (de 74,0 à 75,1 ans). Au cours de la même période, l'espérance de vie des femmes au Nouveau-Brunswick a augmenté d'environ 1 % (de 80,7 à 81,6 ans).

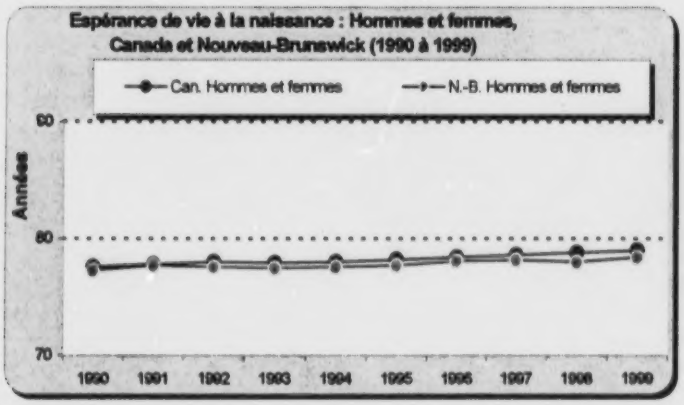
L'augmentation graduelle de l'espérance de vie des deux sexes au Nouveau-Brunswick est semblable à la tendance observée chez l'ensemble de la population canadienne au cours de la dernière décennie.

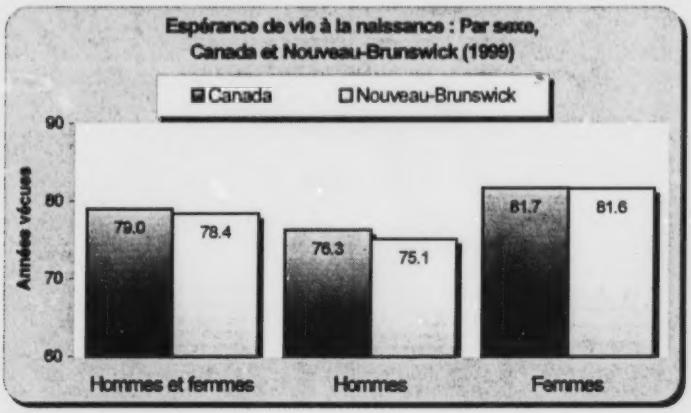
En 1999, l'espérance de vie des hommes au Nouveau-Brunswick était de 1,2 an inférieure à la moyenne des Canadiens, alors que celle des femmes au Nouveau-Brunswick était de 0,1 an inférieure à la moyenne nationale.

L'espérance de vie des Néo-Brunswickois légèrement inférieure à la moyenne, est attribuable en partie aux taux de mortalité supérieurs causés par le cancer et les maladies coronariennes.

Espérance de vie







DÉFINITION :

L'espérance de vie à la naissance correspond au nombre d'années qu'une personne pourrait s'attendre à vivre, à partir de la naissance, selon les taux de mortalité pour une période d'observation donnée, généralement une année civile. L'espérance de vie est un indicateur statistique normalisé qui reflète la durée de vie plutôt que sa qualité.

ANALYSE :

L'espérance de vie est un indicateur généralement utilisé pour déterminer le niveau de santé de la population. Dans les pays développés, l'espérance de vie est liée au sexe et à des facteurs socio-économiques tels que la pauvreté et l'éducation. En 1999, l'espérance de vie la plus longue dans le monde était au Japon, soit de 84,1 ans chez les femmes et de 77,3 ans chez les hommes.

Entre 1990 et 1999, l'espérance de vie des hommes au Nouveau-Brunswick a augmenté d'environ 1,5 % (de 74,0 à 75,1 ans). Au cours de la même période, l'espérance de vie des femmes au Nouveau-Brunswick a augmenté d'environ 1 % (de 80,7 à 81,6 ans).

L'augmentation graduelle de l'espérance de vie des deux sexes au Nouveau-Brunswick est semblable à la tendance observée chez l'ensemble de la population canadienne au cours de la dernière décennie.

En 1999, l'espérance de vie des hommes au Nouveau-Brunswick était de 1,2 an inférieure à la moyenne des Canadiens, alors que celle des femmes au Nouveau-Brunswick était de 0,1 an inférieure à la moyenne nationale.

L'espérance de vie des Néo-Brunswickois légèrement inférieure à la moyenne, est attribuable en partie aux taux de mortalité supérieurs causés par le cancer et les maladies coronariennes.

Tableau 1.1 Espérance de vie

Espérance de vie à la naissance :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Années vécues

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**
1990	77.6	77.3	74.4	74.0	80.8	80.7
1991	77.8	77.7	74.6	74.4	80.9	81.0
1992	78.0	77.6	74.8	74.3	81.2	81.0
1993	77.9	77.5	74.8	74.4	80.9	80.6
1994	78.0	77.6	75.0	74.7	81.0	80.5
1995	78.2	77.7	75.1	74.1	81.1	81.4
1996	78.4	78.1	75.5	75.1	81.2	81.1
1997	78.6	78.2	75.8	75.2	81.3	81.2
1998	78.8	78.0	76.0	74.8	81.5	81.1
1999	79.0	78.4	76.3	75.1	81.7	81.6

Spécifications techniques :

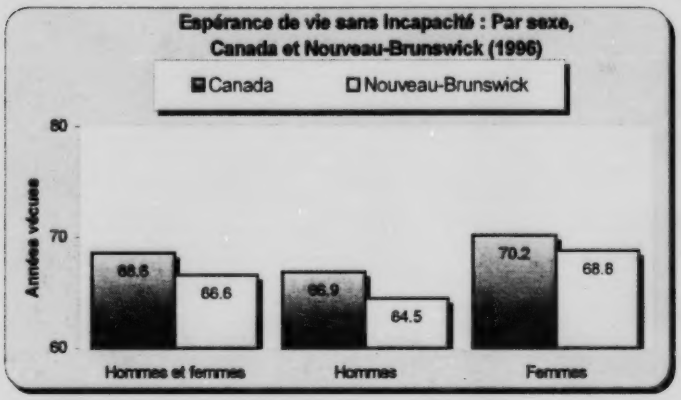
Exclusions : *Les non-résidents du Canada sont exclus des décès et des prévisions démographiques utilisés pour les tables de survie.*

Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances et les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.*

Calcul : *L'espérance de vie est calculée en utilisant les taux de mortalité établis selon la méthode de Greville pour les tables de survie abrégées, par groupes d'âge quinquennal pour la population et le taux de mortalité.*

Références : *E. Ng et J.F. Gentleman, « Incidence de la méthode d'estimation et de la correction de la population sur les estimations tirées des tables de mortalité canadiennes », Rapports sur la santé, vol. 7, n° 3 (1995), p. 15-22; Indicateurs sociosanitaires – Définitions et interprétations, ICIS (site Web de Statistique Canada); Recueil de statistiques de l'état civil, 1996, Statistique Canada, n° 84-214-XPF au catalogue; Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, CCSP, 1999.*

Espérance de vie sans incapacité



DÉFINITION :

L'espérance de vie sans incapacité à la naissance est le nombre d'années qu'un individu moyen pourrait s'attendre à vivre sans incapacité modérée ou grave, à partir de la naissance, d'après les taux de mortalité et les taux de prévalence d'incapacité pour une période d'observation donnée, généralement une année civile. Aussi, c'est un complément de mesure pour l'indicateur traditionnel de l'espérance de vie pour mettre l'accent sur la qualité de vie plutôt que sur la durée de vie.

ANALYSE :

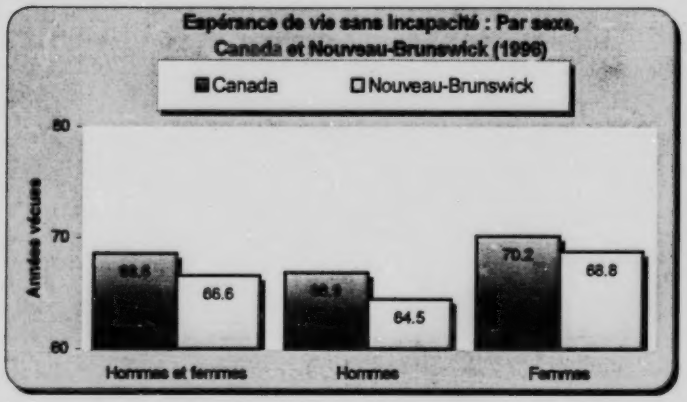
En 1996, l'homme canadien pouvait espérer vivre en moyenne 66,9 ans avant de développer une incapacité modérée ou grave. Quand à la femme canadienne, elle pouvait espérer vivre en moyenne 70,2 ans ou 3,3 ans de plus que l'homme canadien moyen sans développer une telle incapacité.

En 1996, l'espérance de vie sans incapacité était de 64,5 ans chez les hommes du Nouveau-Brunswick; chez les femmes du Nouveau-Brunswick, elle était de 68,8 ans ou 4,3 ans de plus que chez les hommes.

L'espérance de vie sans incapacité chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick était inférieure à la moyenne nationale en 1996. En moyenne, l'homme du Nouveau-Brunswick pouvait s'attendre à souffrir d'une incapacité modérée ou grave de 2,4 ans avant l'homme canadien moyen. De la même manière, en moyenne la femme du Nouveau-Brunswick pouvait s'attendre à souffrir d'une incapacité modérée ou grave 1,4 an avant la femme canadienne moyenne.

Tout comme pour la mesure traditionnelle de l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité chez les Néo-Brunswickois, inférieure à la moyenne, est en partie attribuable aux répercussions des principales maladies telles les maladies cardiaques et le cancer.

Espérance de vie sans incapacité



DÉFINITION :

L'espérance de vie sans incapacité à la naissance est le nombre d'années qu'un individu moyen pourrait s'attendre à vivre sans incapacité modérée ou grave, à partir de la naissance, d'après les taux de mortalité et les taux de prévalence d'incapacité pour une période d'observation donnée, généralement une année civile. Aussi, c'est un complément de mesure pour l'indicateur traditionnel de l'espérance de vie pour mettre l'accent sur la qualité de vie plutôt que sur la durée de vie.

ANALYSE :

En 1996, l'homme canadien pouvait espérer vivre en moyenne 66,9 ans avant de développer une incapacité modérée ou grave. Quand à la femme canadienne, elle pouvait espérer vivre en moyenne 70,2 ans ou 3,3 ans de plus que l'homme canadien moyen sans développer une telle incapacité.

En 1996, l'espérance de vie sans incapacité était de 64,5 ans chez les hommes du Nouveau-Brunswick; chez les femmes du Nouveau-Brunswick, elle était de 68,8 ans ou 4,3 ans de plus que chez les hommes.

L'espérance de vie sans incapacité chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick était inférieure à la moyenne nationale en 1996. En moyenne, l'homme du Nouveau-Brunswick pouvait s'attendre à souffrir d'une incapacité modérée ou grave de 2,4 ans avant l'homme canadien moyen. De la même manière, en moyenne la femme du Nouveau-Brunswick pouvait s'attendre à souffrir d'une incapacité modérée ou grave 1,4 an avant la femme canadienne moyenne.

Tout comme pour la mesure traditionnelle de l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité chez les Néo-Brunswickois, inférieure à la moyenne, est en partie attribuable aux répercussions des principales maladies telles les maladies cardiaques et le cancer.

Tableau 1.2 Espérance de vie sans incapacité

Espérance de vie sans incapacité :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1996)
Années vécues sans incapacité modérée ou grave

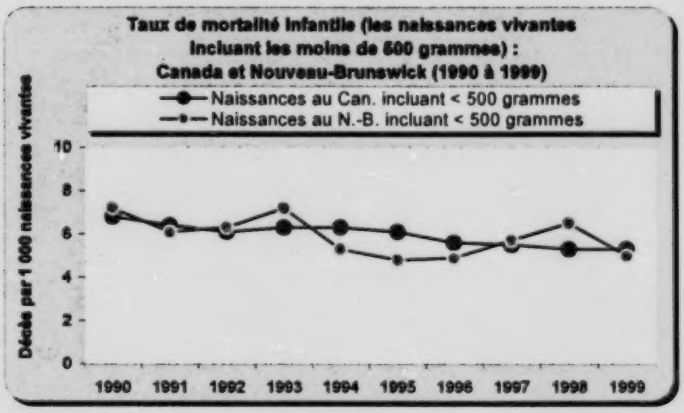
	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**
1996	68.6	66.6	66.9	64.5	70.2	68.8

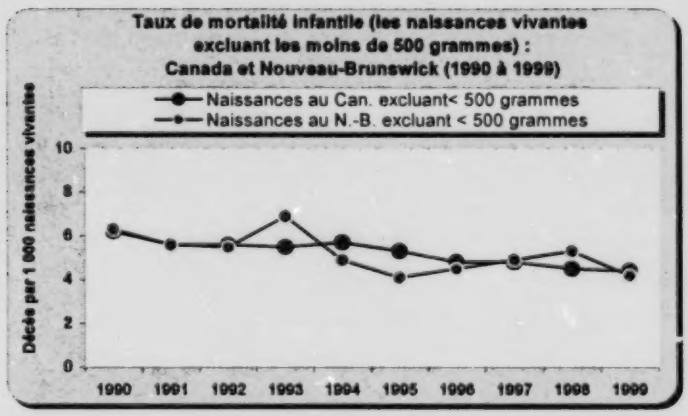
Spécifications techniques :

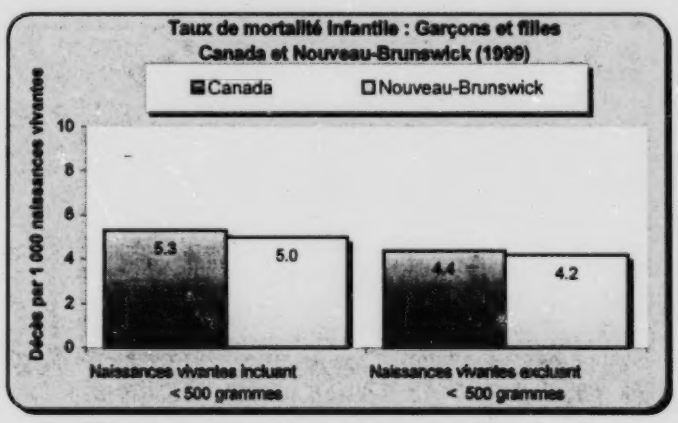
Exclusions : *Les non-résidents sont exclus des décès et des prévisions démographiques utilisés pour les tables de survie. En outre, les personnes qui vivent sur des bases militaires ou dans des réserves des Premières Nations sont exclues de l'enquête sur la santé et sont ainsi implicitement traitées comme ayant les mêmes taux moyens d'incapacité que le reste de la population.*

Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès et Division de la démographie; recensement (chiffre des personnes placées en établissement). À remarquer que cet indicateur n'est calculé que pour l'année observée la plus récente disponible (1996); les tendances ne sont pas disponibles.*

Mortalité infantile







DÉFINITION :

Le nombre d'enfants qui meurent pendant leur première année de vie, représenté par un taux (par 1 000 naissances vivantes) pour cette année. On présente le taux de mortalité infantile à la fois en incluant et en excluant les nouveau-nés de moins de 500 grammes à la naissance afin de permettre d'analyser les incidences des changements sur la prévalence des accouchements prématurés et un très faible poids à la naissance.

ANALYSE :

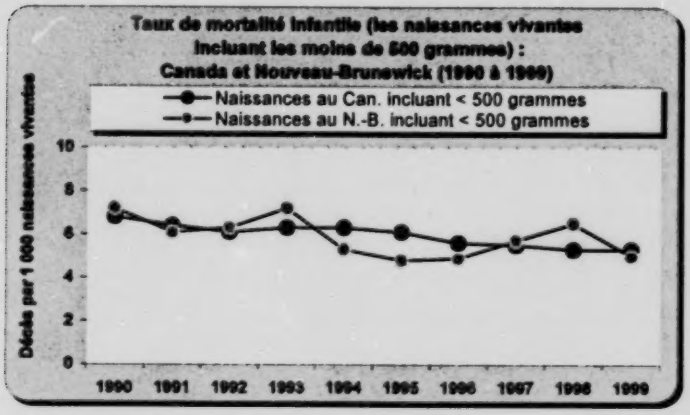
Le taux de mortalité infantile est une mesure courante du niveau de santé des enfants, de même que du bien-être d'une société. Au Canada, l'insuffisance de poids à la naissance est le principal facteur de risque lié à la mortalité infantile. Les naissances prématurées y comptent pour près de 75 à 85 % des mortalités périnatales.

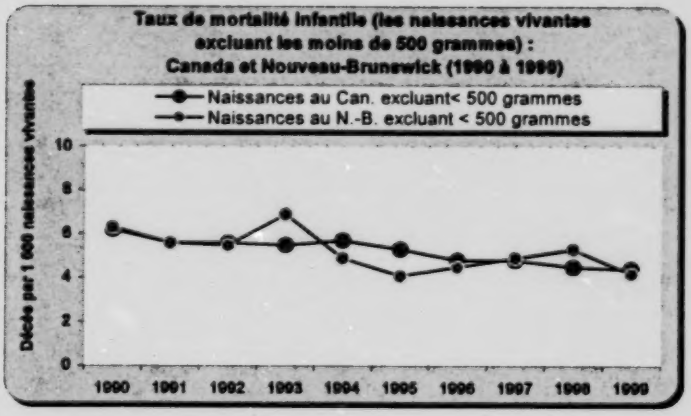
Parmi les pays développés, le taux moyen de mortalité infantile en 1997 était de 7,3 par 1 000 naissances vivantes. Seuls le Japon et l'Islande avaient atteint des taux de mortalité infantile de moins de 4,0 par 1 000, en 1996.

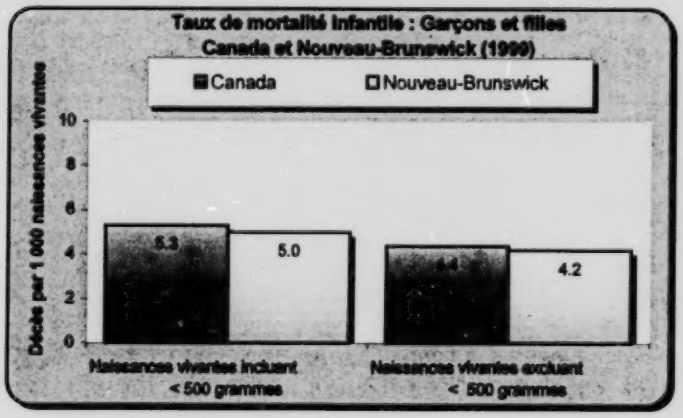
Au Nouveau-Brunswick et dans l'ensemble du Canada, le taux de mortalité infantile (incluant et excluant les nouveau-nés de moins de 500 grammes) a baissé considérablement durant la période de 1990 à 1999. En 1999, à l'échelle nationale, 5,3 nouveau-nés sur 1 000 sont morts durant leur première année, y compris ceux dont le poids était inférieur à 500 grammes à la naissance. En excluant les nouveau-nés de poids inférieur à 500 grammes, le taux national diminuait à 4,4 par 1 000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité infantile au Nouveau-Brunswick était légèrement mieux que la moyenne nationale en 1999, peu importe que l'analyse incluait ou excluait les nouveau-nés de poids inférieur à 500 grammes. La même année, pour chaque tranche de 1 000 enfants nés au Nouveau-Brunswick, 5 sont morts durant leur première année, y compris ceux de moins de 500 grammes. En excluant les nourrissons de moins de 500 grammes, le taux au Nouveau-Brunswick diminuait à 4,2 par 1 000 naissances vivantes.

Mortalité infantile







DÉFINITION :

Le nombre d'enfants qui meurent pendant leur première année de vie, représenté par un taux (par 1 000 naissances vivantes) pour cette année. On présente le taux de mortalité infantile à la fois en incluant et en excluant les nouveau-nés de moins de 500 grammes à la naissance afin de permettre d'analyser les incidences des changements sur la prévalence des accouchements prématurés et un très faible poids à la naissance.

ANALYSE :

Le taux de mortalité infantile est une mesure courante du niveau de santé des enfants, de même que du bien-être d'une société. Au Canada, l'insuffisance de poids à la naissance est le principal facteur de risque lié à la mortalité infantile. Les naissances prématurées y comptent pour près de 75 à 85 % des mortalités périnatales.

Parmi les pays développés, le taux moyen de mortalité infantile en 1997 était de 7,3 par 1 000 naissances vivantes. Seuls le Japon et l'Islande avaient atteint des taux de mortalité infantile de moins de 4,0 par 1 000, en 1996.

Au Nouveau-Brunswick et dans l'ensemble du Canada, le taux de mortalité infantile (incluant et excluant les nouveau-nés de moins de 500 grammes) a baissé considérablement durant la période de 1990 à 1999. En 1999, à l'échelle nationale, 5,3 nouveau-nés sur 1 000 sont morts durant leur première année, y compris ceux dont le poids était inférieur à 500 grammes à la naissance. En excluant les nouveau-nés de poids inférieur à 500 grammes, le taux national diminuait à 4,4 par 1 000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité infantile au Nouveau-Brunswick était légèrement mieux que la moyenne nationale en 1999, peu importe que l'analyse incluait ou excluait les nouveau-nés de poids inférieur à 500 grammes. La même année, pour chaque tranche de 1 000 enfants nés au Nouveau-Brunswick, 5 sont morts durant leur première année, y compris ceux de moins de 500 grammes. En excluant les nourrissons de moins de 500 grammes, le taux au Nouveau-Brunswick diminuait à 4,2 par 1 000 naissances vivantes.

Tableau 2 Mortalité infantile

Mortalité infantile :
Garçons et filles au Canada et au Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Décès par 1 000 naissances vivantes

	Naissances vivantes incluant les moins de 500 grammes		Naissances vivantes excluant les moins de 500 grammes	
Année	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**
1990	6.8	7.2	6.2	6.3
1991	6.4	6.1	5.6	5.6
1992	6.1	6.3	5.6	5.5
1993	6.3	7.2	5.5	6.9
1994	6.3	5.3	5.7	4.9
1995	6.1	4.8	5.3	4.1
1996	5.6	4.9	4.8	4.5
1997	5.5	5.7	4.8	4.9
1998	5.3	6.5	4.5	5.3
1999	5.3	5.0	4.4	4.2

Spécifications techniques :

Exclusions : *Naissances chez des mères non-résidentes du Canada, et mortalité infantile de non-résidents du Canada. Les enfants nés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de leur mère ou les enfants qui meurent à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de leur mère sont inclus dans les taux pour la province ou le territoire de résidence de la mère. Par exemple, des bébés de Hull, au Québec, qui meurent dans un hôpital en Ontario ne sont pas comptés dans les taux de mortalité infantile pour l'Ontario; ils sont comptés dans les taux de mortalité infantile pour le Québec.*

Numérateur : *Nombre de décès (excluant le nombre approximatif qui pèsent moins de 500 grammes à la naissance) à moins d'un an, au cours d'une année donnée.*

Dénominateur : *Total de naissances d'enfants vivants pesant au moins 500 grammes au cours d'une année donnée.*

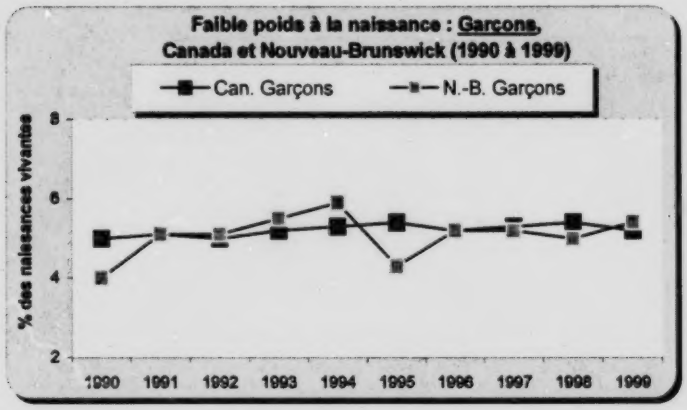
Calcul : *Nombre de décès divisé par le nombre total de naissances d'enfants vivants multiplié par 1 000.*

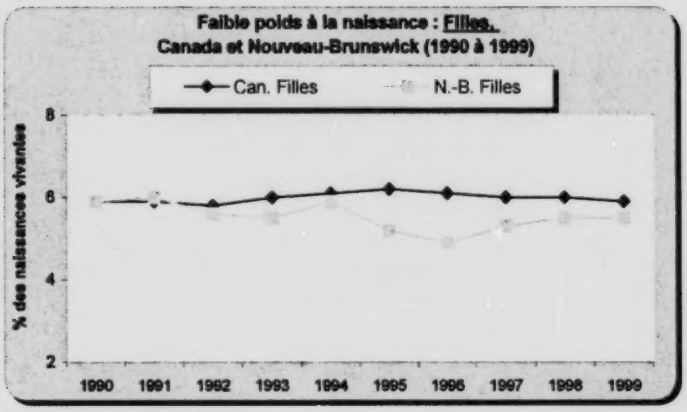
Note : *L'ajustement du poids à la naissance ne peut être effectué pour les naissances à Terre-Neuve d'avant 1992.*

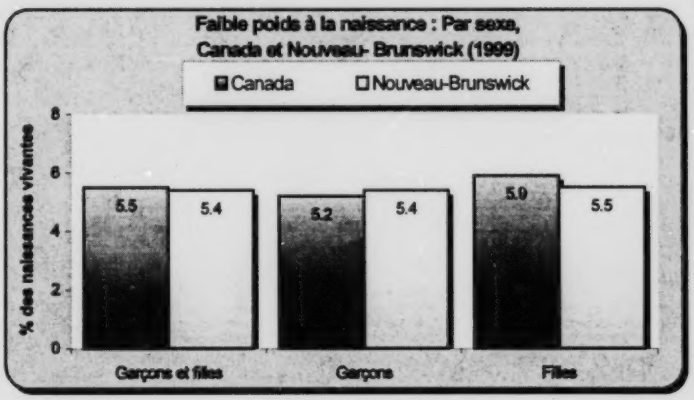
Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances et les décès; ISQ.*

Références : *Indicateurs sociosanitaires – Définitions et interprétations, (site Web de Statistique Canada); Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, CCSP, 1999.*

Faible poids à la naissance







DÉFINITION :

La proportion de nouveau-nés ayant un poids à la naissance (poids connu) supérieur à 500 grammes et inférieur à 2 500 grammes. Soulignons que les nouveau-nés de moins de 500 grammes étaient exclus de cette mesure de manière à l'ajuster par rapport à l'incidence des traitements plus perfectionnés sur la survie des bébés prématurés ou ayant un très faible poids à la naissance.

ANALYSE :

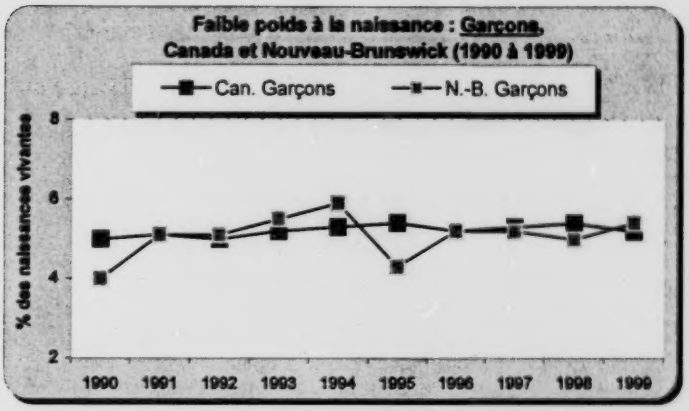
Le faible poids à la naissance sert de mesure de l'état général de santé du nouveau-né et est un indicateur clé de sa survie, de sa santé et de son développement. Les enfants ayant une insuffisance de poids à la naissance sont davantage susceptibles aux effets néfastes sur la santé, par exemple des problèmes respiratoires, des troubles d'apprentissage, une infirmité motrice cérébrale, ou ils risquent davantage de mourir durant leur première année. L'insuffisance de poids à la naissance est liée aux naissances multiples (jumeaux, triplets, etc.), aux naissances prématurées, à une maternité à risque, au mode de vie de la mère enceinte et à des facteurs socio-économiques tels le niveau d'éducation et le revenu. Dans les pays développés, un taux de moins de 5 % d'insuffisance de poids à la naissance est considéré comme bon.

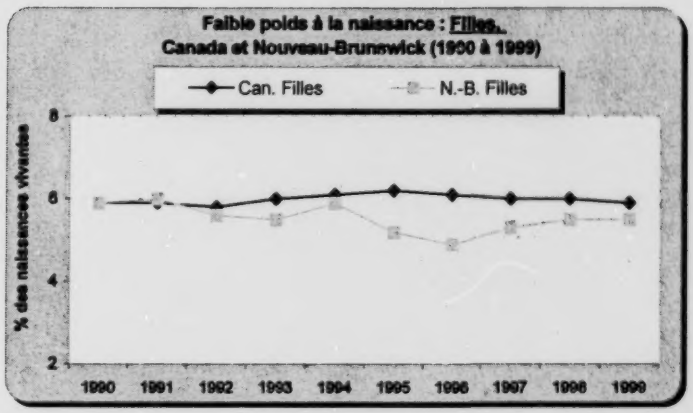
Entre 1990 et 1999, le taux d'insuffisance de poids à la naissance a connu une fluctuation tant pour les filles que les garçons au Nouveau-Brunswick, mais peu de changements sont observés dans l'ensemble.

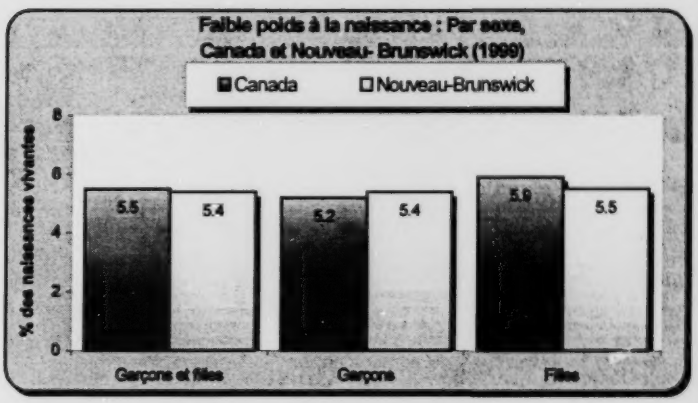
Tant au Nouveau-Brunswick qu'au Canada, le taux d'insuffisance de poids à la naissance chez les filles était légèrement supérieur au taux chez les garçons, bien que cette différence entre les sexes ait été moindre au Nouveau-Brunswick que dans l'ensemble du pays.

En 1999, au Nouveau-Brunswick, le taux d'insuffisance de poids à la naissance chez les garçons était d'environ 4 % supérieur à la moyenne nationale (0,2 point de pourcentage supérieur). Par contre, le taux d'insuffisance de poids à la naissance chez les filles était d'environ 7 % (0,4 point de pourcentage) inférieur à la moyenne nationale.

Faible poids à la naissance







DÉFINITION :

La proportion de nouveau-nés ayant un poids à la naissance (poids connu) supérieur à 500 grammes et inférieur à 2 500 grammes. Soulignons que les nouveau-nés de moins de 500 grammes étaient exclus de cette mesure de manière à l'ajuster par rapport à l'incidence des traitements plus perfectionnés sur la survie des bébés prématurés ou ayant un très faible poids à la naissance.

ANALYSE :

Le faible poids à la naissance sert de mesure de l'état général de santé du nouveau-né et est un indicateur clé de sa survie, de sa santé et de son développement. Les enfants ayant une insuffisance de poids à la naissance sont davantage susceptibles aux effets néfastes sur la santé, par exemple des problèmes respiratoires, des troubles d'apprentissage, une infirmité motrice cérébrale, ou ils risquent davantage de mourir durant leur première année. L'insuffisance de poids à la naissance est liée aux naissances multiples (jumeaux, triplets, etc.), aux naissances prématurées, à une maternité à risque, au mode de vie de la mère enceinte et à des facteurs socio-économiques tels le niveau d'éducation et le revenu. Dans les pays développés, un taux de moins de 5 % d'insuffisance de poids à la naissance est considéré comme bon.

Entre 1990 et 1999, le taux d'insuffisance de poids à la naissance a connu une fluctuation tant pour les filles que les garçons au Nouveau-Brunswick, mais peu de changements sont observés dans l'ensemble.

Tant au Nouveau-Brunswick qu'au Canada, le taux d'insuffisance de poids à la naissance chez les filles était légèrement supérieur au taux chez les garçons, bien que cette différence entre les sexes ait été moindre au Nouveau-Brunswick que dans l'ensemble du pays.

En 1999, au Nouveau-Brunswick, le taux d'insuffisance de poids à la naissance chez les garçons était d'environ 4 % supérieur à la moyenne nationale (0,2 point de pourcentage supérieur). Par contre, le taux d'insuffisance de poids à la naissance chez les filles était d'environ 7 % (0,4 point de pourcentage) inférieur à la moyenne nationale.

Tableau 3 Faible poids à la naissance

Faible poids à la naissance :
Garçons et filles, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Pourcentage des naissances vivantes

	Garçons et filles		Garçons		Filles	
Année	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**
1990	5.5	4.9	5.0	4.0	5.9	5.9
1991	5.5	5.5	5.1	5.1	5.9	6.0
1992	5.4	5.3	5.0	5.1	5.8	5.6
1993	5.6	5.5	5.2	5.5	6.0	5.5
1994	5.7	5.9	5.3	5.9	6.1	5.9
1995	5.8	4.7	5.4	4.3	6.2	5.2
1996	5.7	5.1	5.2	5.2	6.1	4.9
1997	5.7	5.3	5.3	5.2	6.0	5.3
1998	5.7	5.3	5.4	5.0	6.0	5.5
1999	5.5	5.4	5.2	5.4	5.9	5.5

Spécifications techniques :

Exclusions : *Les nouveau-nés avec poids de naissance inconnu; les nouveau-nés de non-résidentes du Canada sont exclus du numérateur et du dénominateur; les enfants nés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de leur mère sont inclus dans les taux pour la province ou le territoire de résidence de la mère.*

Numérateur : *Nombre de naissances vivantes pour lesquelles le poids du nouveau-né est supérieur à 500 grammes et inférieur à 2 500 grammes au cours de l'année spécifiée.*

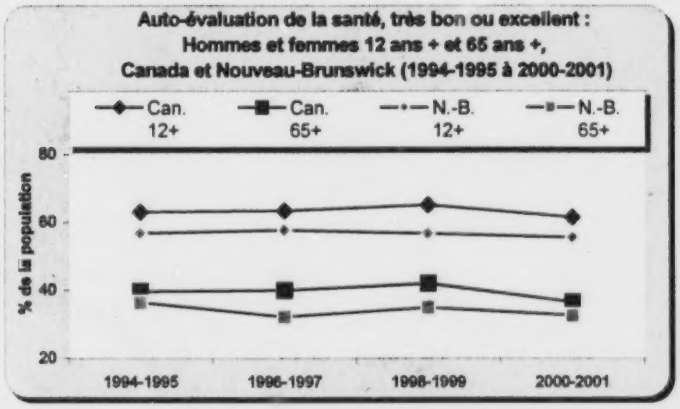
Dénominateur : *Total des naissances vivantes avec poids de naissance connu de 500 grammes ou plus au cours de l'année spécifiée.*

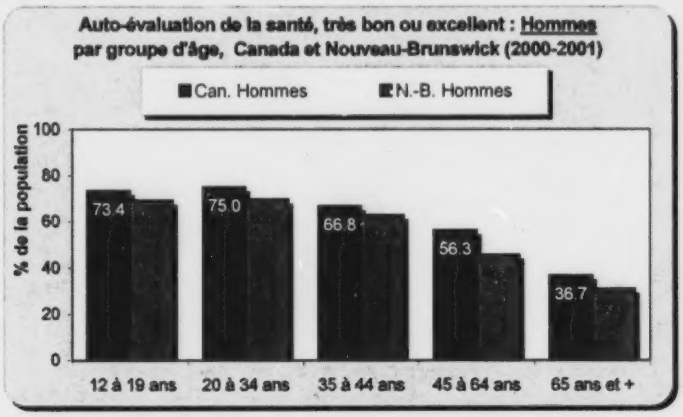
Calcul : *Pourcentage de faible poids de naissance = (numérateur/dénominateur) multiplié par 100*
-les naissances sont affectées aux juridictions selon la province ou le territoire de résidence de la mère.
-aucun redressement pour l'âge de la mère.

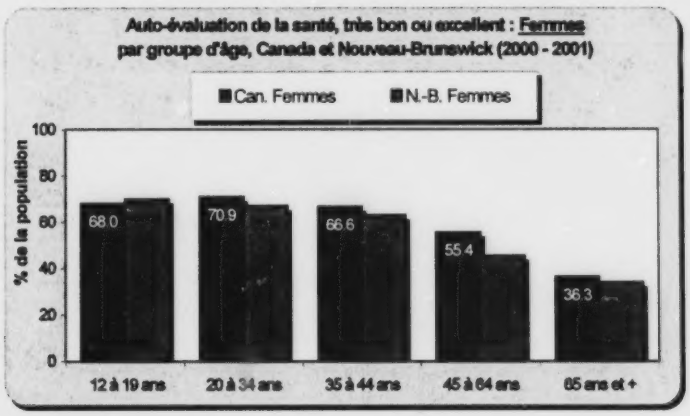
Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les naissances; ISQ.*

Références : *Statistique Canada, no 84F0210XPB au catalogue; Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, CCSP, 1999; site Web de Statistique Canada.*

Auto-évaluation de la santé







DÉFINITION :

Pourcentage de la population (âgée de 12 ans et plus, et de 65 ans et plus) qui déclare jouir d'une très bonne ou d'une excellente santé.

ANALYSE :

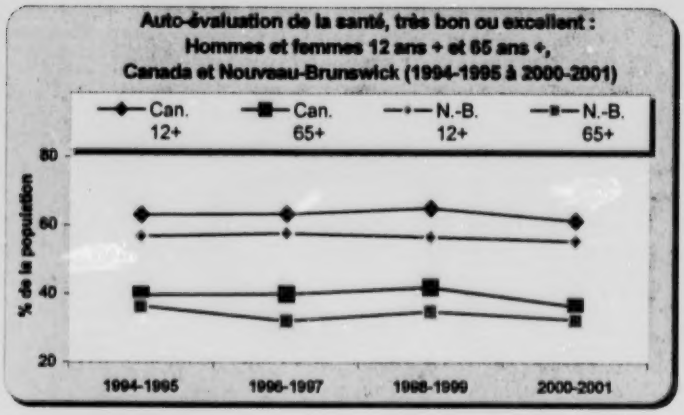
L'auto-évaluation de la santé indique normalement l'état de santé général des individus. Les données sur l'auto-évaluation de la santé sont classées selon une échelle de santé en cinq points, soit de « excellente » à « mauvaise ». De nombreuses études longitudinales indiquent que l'état de santé déclaré par les répondants est prédictif de l'incidence de maladies chroniques, du déclin fonctionnel et de la mortalité.

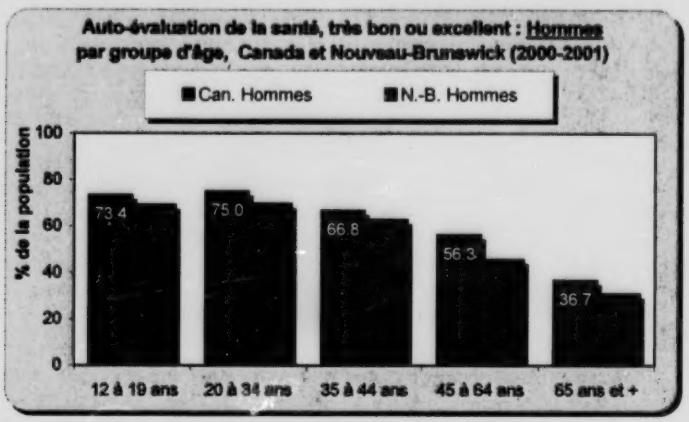
De 1994-1995 à 2000-2001, le pourcentage de Canadiens de 12 ans et plus qui se sont déclarés en « très bonne » ou en « excellente » santé a diminué légèrement, soit de 63,1 % à 61,4 %. Au cours de la même période, le pourcentage de Néo-Brunswickois de 12 ans et plus qui se sont déclarés en « très bonne » ou en « excellente » santé a diminué de 56,8 % à 55,5 %.

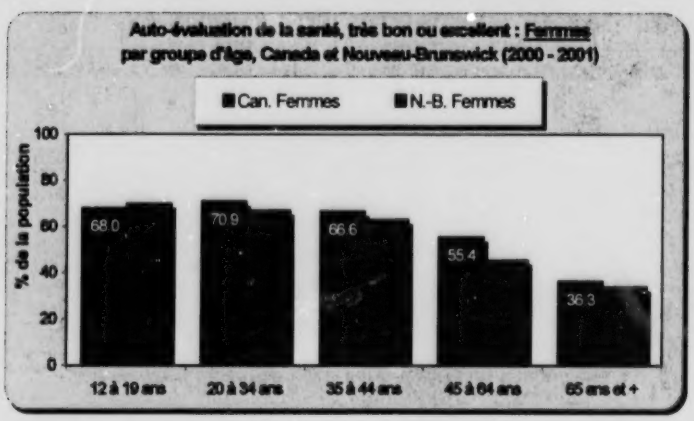
Comme il fallait s'y attendre, le pourcentage de la population qui se déclare en « très bonne » ou en « excellente » santé diminue considérablement à mesure que les personnes vieillissent.

Au Nouveau-Brunswick, en 2000-2001 – à l'exception du groupe des jeunes filles de 12 à 19 ans – tous les groupes d'âge chez les deux sexes ont eu tendance à évaluer moins positivement leur état de santé que la moyenne canadienne. On a observé de façon constante cette tendance à évaluer son état de santé en deçà de la moyenne au cours de la deuxième moitié de la décennie, et l'on croit qu'elle serait à tout le moins partiellement attribuable au taux relativement élevé d'obésité et aux bas niveaux d'activité physique.

Auto-évaluation de la santé







DÉFINITION :

Pourcentage de la population (âgée de 12 ans et plus, et de 65 ans et plus) qui déclare jouir d'une très bonne ou d'une excellente santé.

ANALYSE :

L'auto-évaluation de la santé indique normalement l'état de santé général des individus. Les données sur l'auto-évaluation de la santé sont classées selon une échelle de santé en cinq points, soit de « excellente » à « mauvaise ». De nombreuses études longitudinales indiquent que l'état de santé déclaré par les répondants est prédictif de l'incidence de maladies chroniques, du déclin fonctionnel et de la mortalité.

De 1994-1995 à 2000-2001, le pourcentage de Canadiens de 12 ans et plus qui se sont déclarés en « très bonne » ou en « excellente » santé a diminué légèrement, soit de 63,1 % à 61,4 %. Au cours de la même période, le pourcentage de Néo-Brunswickois de 12 ans et plus qui se sont déclarés en « très bonne » ou en « excellente » santé a diminué de 56,8 % à 55,5 %.

Comme il fallait s'y attendre, le pourcentage de la population qui se déclare en « très bonne » ou en « excellente » santé diminue considérablement à mesure que les personnes vieillissent.

Au Nouveau-Brunswick, en 2000-2001 – à l'exception du groupe des jeunes filles de 12 à 19 ans – tous les groupes d'âge chez les deux sexes ont eu tendance à évaluer moins positivement leur état de santé que la moyenne canadienne. On a observé de façon constante cette tendance à évaluer son état de santé en deçà de la moyenne au cours de la deuxième moitié de la décennie, et l'on croit qu'elle serait à tout le moins partiellement attribuable au taux relativement élevé d'obésité et aux bas niveaux d'activité physique.

Tableau 4 Auto-évaluation de la santé

Auto-évaluation de la santé, très bon ou excellent :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1994-1995 à 2000-2001)
Pourcetage de la population

Groupes d'âge par année	Can. Hommes et femmes	N.-B. Hommes et femmes	Can. Hommes	N.-B. Hommes	Can. Femmes	N.-B. Femmes
1994-1995						
12+	63.1	56.8	65.5	58.3	60.8	55.3
12 à 19	72.6	73.6	75.8	72.8	69.1	74.4
20 à 34	72.8	66.8	75.2	70.6	70.6	63.1
35 à 44	68.0	61.6	69.6	62.8	66.3	60.3
45 à 64	55.9	43.6	57.8	43.0	54.0	44.1
65+	39.7	36.4	39.3	37.7 E	40.0	35.5
1996-1997						
12+	63.4	57.7	65.3	60.0	61.6	55.6
12 à 19	72.8	74.1	77.4	75.8	68.0	72.1
20 à 34	73.1	70.6	74.4	72.9	71.9	68.5
35 à 44	67.3	52.5	67.6	54.0	66.9	51.0
45 à 64	58.4	54.7	59.6	57.4	57.2	51.9
65+	40.0	32.2	40.4	31.0 E	39.7	33.1
1998-1999						
12+	65.2	56.7	67.3	59.3	63.2	54.3
12 à 19	80.5	77.0	83.9	83.2	77.0	68.0
20 à 34	73.7	66.4	75.9	68.4	71.5	64.6
35 à 44	68.2	58.1	67.8	65.1	68.7	51.5
45 à 64	59.7	48.8	61.7	46.6	57.8	50.9
65+	42.0	34.9	43.4	30.1 E	40.9	38.5
2000-2001						
12+	61.4	55.5	62.9	56.3	59.9	54.9
12 à 19	70.8	69.6	73.4	69.3	68.0	69.9
20 à 34	73.0	68.3	75.0	69.7	70.9	66.9
35 à 44	66.7	62.9	66.8	62.9	66.6	62.9
45 à 64	55.8	45.6	56.3	45.8	55.4	45.4
65+	36.5	32.6	36.7	30.9	36.3	33.9

Spécifications techniques :

Exclusions : *Les personnes vivant dans des réserves des Premières Nations et sur des terres de la Couronne, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'échantillonnage. Les personnes âgées de moins de 12 ans ne font pas partie de l'enquête.*

Numérateur : *Nombre approximatif de personnes qui déclarent que leur santé est excellente ou très bonne dans un cycle d'enquête pour une juridiction donnée (les catégories de réponse sont : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise).*

Dénominateur : *Population totale de 12 ans et plus dans la juridiction.*

Calcul : *(Numérateur/dénominateur) multiplié par 100, avec facteur de pondération de la non-réponse.*

Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1 – 2000-2001; Enquêtes nationales sur la santé de la population (1994-1995 à 1998-1999).*

Références : *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, CCSP, 1999; Rapports sur la santé : La santé de la population canadienne, vol. 11, no 3; documentation et analyse de l'ENSP et de l'ESCC disponibles à www.statcan.ca/health_surveys, www.healthcanada.ca.*

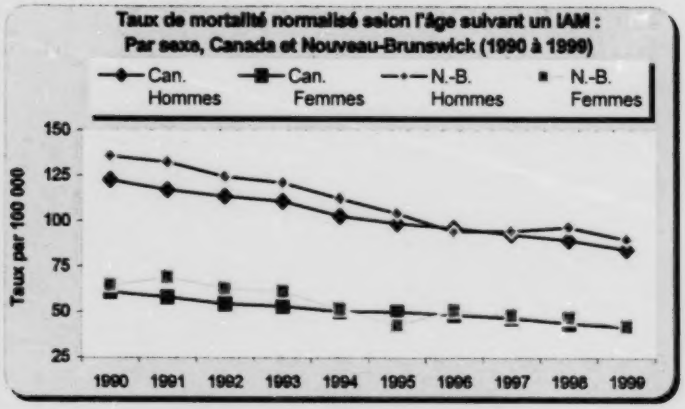
RÉSULTATS SUR LA SANTÉ

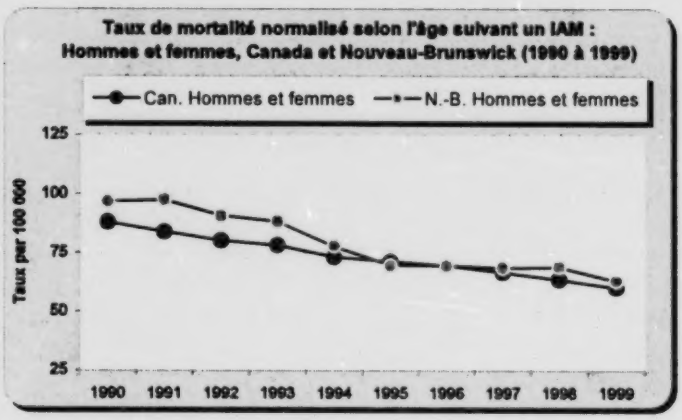
Les indicateurs de cette catégorie visent à refléter les répercussions des programmes et des services du système de santé sur l'état de santé. Il est reconnu qu'il est difficile d'estimer dans quelle mesure les résultats particuliers sur la santé sont attribuables aux programmes et aux services de santé à partir des données des indicateurs uniquement. Dans la mesure du possible, les indicateurs choisis sont des éléments faisant état d'un lien bien établi, par l'intermédiaire de recherches, entre les interventions particulières et les répercussions liées aux résultats sur la santé.

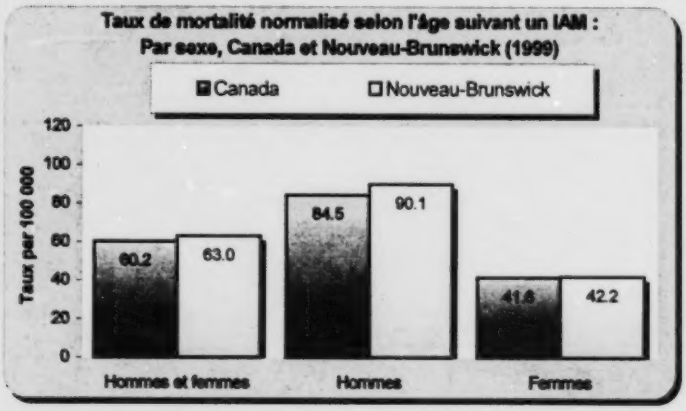
Les trois domaines de résultats sur la santé dans cette section sont interreliés, l'accent étant surtout mis sur les indicateurs de plusieurs grands groupes d'affections intéressant particulièrement le public : le cancer, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux. Ces indicateurs, ensemble, tracent le portrait de la situation. Par exemple, les taux d'incidence et de mortalité indiquent le fardeau général associé à ces affections et ils établissent le contexte des taux de survie. Les mesures de la survie à court et à long terme reflètent les incidences des soins aigus et des soins à long terme, respectivement; ensemble, ces mesures indiquent où et dans quelle mesure le système de santé exerce une influence sur la survie. Les mesures des années potentielles de vie perdues (APVP) indiquent le degré de succès dans la prévention d'une mort prématurée imputable à ces causes particulières.

Certaines interventions du système de santé sauvent des vies, mais la plupart des interventions sont destinées à améliorer la qualité de vie associée à la santé. Voilà le but des arthroplasties, et les données de recherche prouvent l'efficacité de ce type de chirurgie dans l'amélioration de la qualité de vie associée à la santé. Les taux d'arthroplasties de la hanche et du genou sont utilisés à titre d'indicateurs de substitution d'une qualité de vie améliorée, en attendant que des mesures plus comparables et plus précises du fonctionnement et de la douleur des patients, selon les problèmes de santé, soient en place au pays.

Taux de mortalité suivant un infarctus aigu du myocarde







DÉFINITION :

C'est le nombre de décès par 100 000 habitants attribuables à un infarctus aigu du myocarde (IAM) qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année et entre les provinces et les territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes.

ANALYSE :

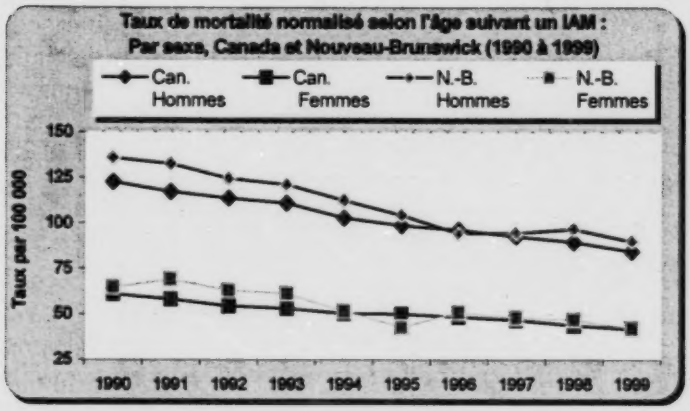
Le taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable à un IAM (crise cardiaque) a considérablement diminué chez les hommes et les femmes au Nouveau-Brunswick et dans l'ensemble du Canada au cours de la dernière décennie. Le taux de mortalité chez les hommes canadiens a diminué d'environ 31 % de 1990 à 1999, tandis que chez les hommes du Nouveau-Brunswick il a diminué de près de 34 %. Chez les femmes, le taux canadien a baissé d'environ 32 % tandis qu'au Nouveau-Brunswick, il a baissé de près de 35 % de 1990 à 1999. Durant la première moitié des années 90, les taux de mortalité suivant un IAM chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick ont été constamment supérieurs à la moyenne nationale. Cependant, vers la seconde moitié de la décennie, l'écart s'était considérablement réduit.

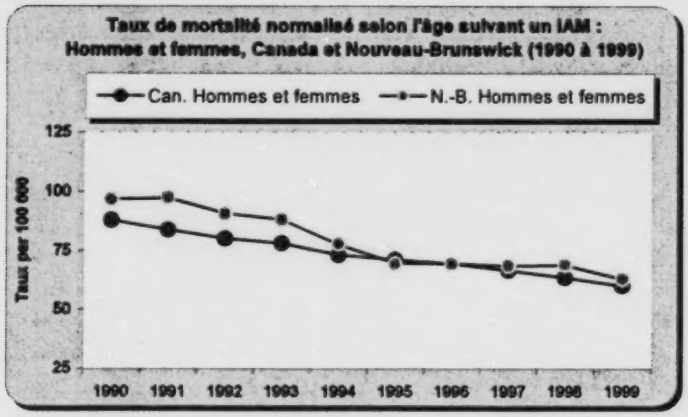
Chez les hommes, le taux de mortalité attribuable à un IAM a toujours été près du double de celui chez les femmes. En 1999, les femmes canadiennes affichaient un taux de mortalité attribuable à un IAM d'environ 51 % inférieur à celui des hommes. Au Nouveau-Brunswick ce fossé entre les sexes était légèrement plus grand, le taux de mortalité attribuable à un IAM chez les femmes étant de 54 % inférieur à celui des hommes.

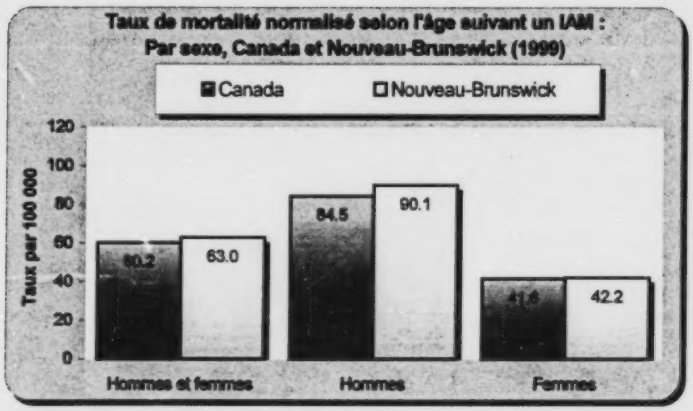
En 1999, le taux de mortalité attribuable à un IAM chez les hommes du Nouveau-Brunswick était d'environ 6 % supérieur à la moyenne nationale, tandis que chez les femmes du Nouveau-Brunswick, il n'était que d'environ 1 % supérieur à la moyenne nationale.

La baisse spectaculaire des taux de mortalité due à un IAM au cours de la dernière décennie est largement attribuable aux progrès réalisés dans le traitement et la prévention secondaire des maladies du cœur.

Taux de mortalité suivant un infarctus aigu du myocarde







DÉFINITION :

C'est le nombre de décès par 100 000 habitants attribuables à un infarctus aigu du myocarde (IAM) qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année et entre les provinces et les territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes.

ANALYSE :

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge attribuable à un IAM (crise cardiaque) a considérablement diminué chez les hommes et les femmes au Nouveau-Brunswick et dans l'ensemble du Canada au cours de la dernière décennie. Le taux de mortalité chez les hommes canadiens a diminué d'environ 31 % de 1990 à 1999, tandis que chez les hommes du Nouveau-Brunswick il a diminué de près de 34 %. Chez les femmes, le taux canadien a baissé d'environ 32 % tandis qu'au Nouveau-Brunswick, il a baissé de près de 35 % de 1990 à 1999. Durant la première moitié des années 90, les taux de mortalité suivant un IAM chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick ont été constamment supérieurs à la moyenne nationale. Cependant, vers la seconde moitié de la décennie, l'écart s'était considérablement réduit.

Chez les hommes, le taux de mortalité attribuable à un IAM a toujours été près du double de celui chez les femmes. En 1999, les femmes canadiennes affichaient un taux de mortalité attribuable à un IAM d'environ 51 % inférieur à celui des hommes. Au Nouveau-Brunswick ce fossé entre les sexes était légèrement plus grand, le taux de mortalité attribuable à un IAM chez les femmes étant de 54 % inférieur à celui des hommes.

En 1999, le taux de mortalité attribuable à un IAM chez les hommes du Nouveau-Brunswick était d'environ 6 % supérieur à la moyenne nationale, tandis que chez les femmes du Nouveau-Brunswick, il n'était que d'environ 1 % supérieur à la moyenne nationale.

La baisse spectaculaire des taux de mortalité due à un IAM au cours de la dernière décennie est largement attribuable aux progrès réalisés dans le traitement et la prévention secondaire des maladies du cœur.

Tableau 5.1.1 Taux de mortalité normalisé selon l'âge suivant un infarctus aigu du myocarde

Taux de mortalité normalisé selon l'âge suivant un infarctus aigu du myocarde :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1990	88.0	96.8	122.7	135.7	60.9	64.7
1991	83.9	97.5	117.2	132.6	58.0	69.2
1992	80.2	90.7	113.8	124.6	54.4	63.0
1993	78.2	88.2	111.0	121.2	53.1	61.3
1994	73.2	77.7	102.9	112.5	50.3	51.6
1995	71.2	69.7	98.8	104.3	50.0	43.0
1996	69.4	69.4	96.4	94.5	48.4	51.0
1997	66.7	68.6	92.8	94.6	46.6	48.1
1998	63.6	68.9	89.7	96.9	43.6	46.8
1999	60.2	63.0	84.5	90.1	41.6	42.2

Spécifications techniques :

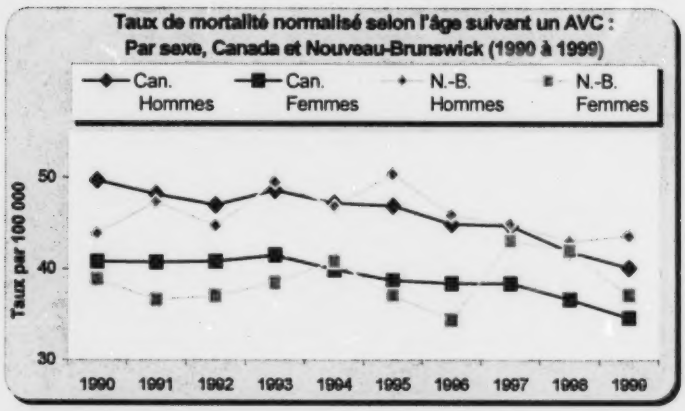
Exclusions : *Décès de non-résidents du Canada.*

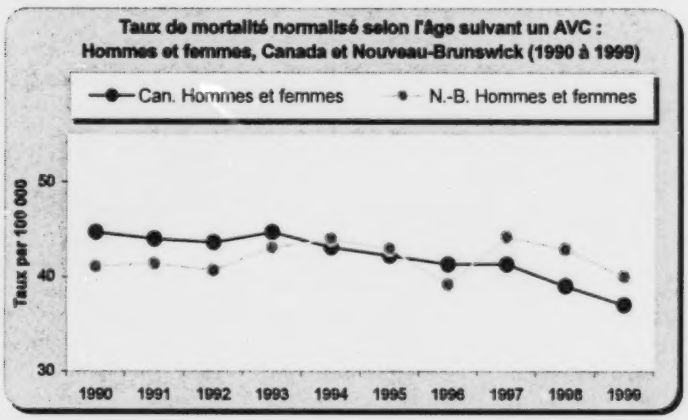
Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Division de la démographie (prévisions démographiques estimées); ISQ.*

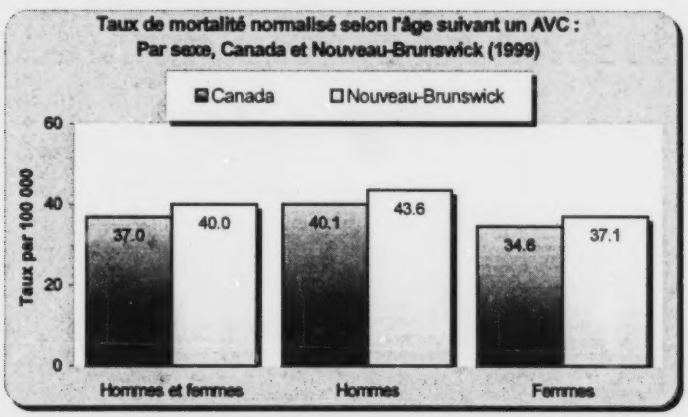
Calcul : *Le taux normalisé selon l'âge pour chaque siège de cancer [côlon et rectum (codes 153 à 154 de la CIM-9), poumon (code 162 de la CIM-9), sein chez la femme (code 174 de la CIM-9), prostate (code 185 de la CIM-9), infarctus aigu du myocarde (code 410 de la CIM-9), maladie cérébrovasculaire (codes 430 à 438 de la CIM-9) et sous-ensemble de tous les accidents vasculaires cérébraux (codes 430 à 432, 434 et 436 de la CIM-9)] est calculé en multipliant chaque taux de mortalité par âge observé chez la population-type dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population-type totale. La population canadienne de 1991 est utilisée comme population-type.*

Références : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.*

Taux de mortalité suivant un accident vasculaire cérébral







DÉFINITION :

Le nombre de décès par 100 000 habitants attribuables à un accident vasculaire cérébral (AVC) qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick s'étaient maintenus chez cette population. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année et entre les provinces et territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes.

ANALYSE :

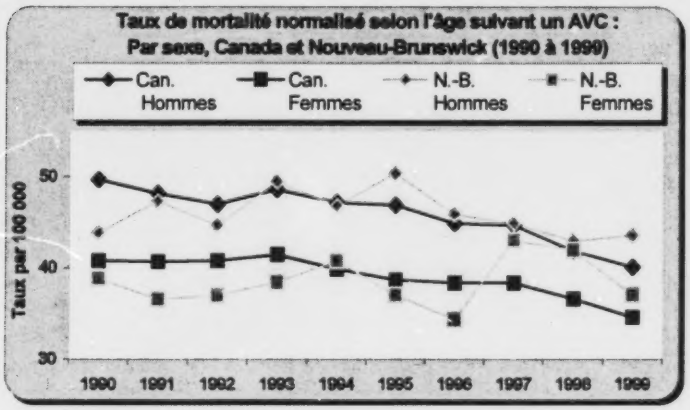
Le taux de mortalité causée par un AVC au Canada a baissé de manière soutenue de 1990 à 1999. Le taux de mortalité national chez les hommes et les femmes a diminué d'environ 20%. Le taux de mortalité attribuable à un AVC chez les hommes et les femmes au Nouveau-Brunswick durant cette période était beaucoup plus variable que le taux national et n'affichait aucune tendance soutenue à la hausse ou à la baisse chez l'un ou l'autre sexe.

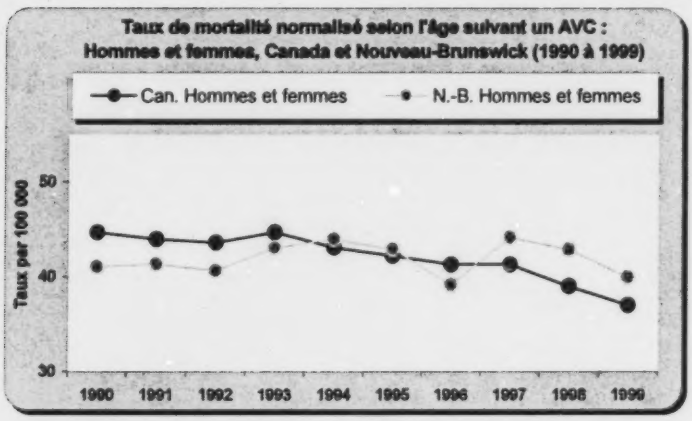
Au Nouveau-Brunswick, durant la première moitié de la décennie de 1990, le taux de mortalité dû à un AVC à la fois chez les hommes et les femmes affichait une tendance inférieure à la moyenne nationale. Cependant, durant la seconde moitié de la décennie, ce même taux, chez les femmes du Nouveau-Brunswick en particulier, était d'une tendance supérieure à la moyenne nationale.

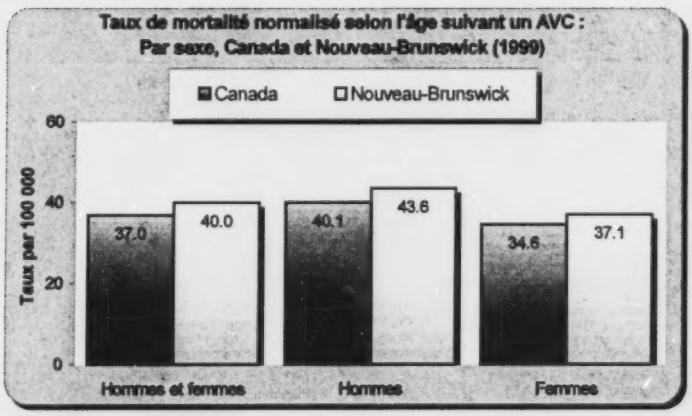
Tout comme le cas des maladies cardiaques, le taux de mortalité dû à un AVC chez les hommes a toujours été supérieur à celui des femmes. En 1999, le risque de mortalité dû à un AVC chez les femmes canadiennes était d'environ 14% de moins que chez les hommes. Le Nouveau-Brunswick présentait le même écart entre les deux sexes avec environ 15% des femmes étant moins susceptibles que les hommes de mourir d'un accident vasculaire cérébral.

En 1999, au Nouveau-Brunswick, le taux de mortalité attribuable à un AVC chez les hommes était de 9 % supérieur à la moyenne nationale; chez les femmes, il était de 7 % supérieur à la moyenne nationale. Il faut toutefois noter que durant toute la période de 1990 à 1999, il n'y avait pratiquement aucune différence du taux moyen au Nouveau-Brunswick et au Canada à la fois chez les hommes et les femmes.

Taux de mortalité suivant un accident vasculaire cérébral







DÉFINITION :

Le nombre de décès par 100 000 habitants attribuables à un accident vasculaire cérébral (AVC) qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick s'étaient maintenus chez cette population. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année et entre les provinces et territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes.

ANALYSE :

Le taux de mortalité causée par un AVC au Canada a baissé de manière soutenue de 1990 à 1999. Le taux de mortalité national chez les hommes et les femmes a diminué d'environ 20%. Le taux de mortalité attribuable à un AVC chez les hommes et les femmes au Nouveau-Brunswick durant cette période était beaucoup plus variable que le taux national et n'affichait aucune tendance soutenue à la hausse ou à la baisse chez l'un ou l'autre sexe.

Au Nouveau-Brunswick, durant la première moitié de la décennie de 1990, le taux de mortalité dû à un AVC à la fois chez les hommes et les femmes affichait une tendance inférieure à la moyenne nationale. Cependant, durant la seconde moitié de la décennie, ce même taux, chez les femmes du Nouveau-Brunswick en particulier, était d'une tendance supérieure à la moyenne nationale.

Tout comme le cas des maladies cardiaques, le taux de mortalité dû à un AVC chez les hommes a toujours été supérieur à celui des femmes. En 1999, le risque de mortalité dû à un AVC chez les femmes canadiennes était d'environ 14% de moins que chez les hommes. Le Nouveau-Brunswick présentait le même écart entre les deux sexes avec environ 15% des femmes étant moins susceptibles que les hommes de mourir d'un accident vasculaire cérébral.

En 1999, au Nouveau-Brunswick, le taux de mortalité attribuable à un AVC chez les hommes était de 9 % supérieur à la moyenne nationale; chez les femmes, il était de 7 % supérieur à la moyenne nationale. Il faut toutefois noter que durant toute la période de 1990 à 1999, il n'y avait pratiquement aucune différence du taux moyen au Nouveau-Brunswick et au Canada à la fois chez les hommes et les femmes.

Tableau 5.1.2 Taux de mortalité normalisé selon l'âge suivant un accident vasculaire cérébral

Taux de mortalité normalisé selon l'âge suivant un accident vasculaire cérébral :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1990	44.7	41.1	49.7	43.9	40.8	38.9
1991	44.0	41.4	48.2	47.4	40.7	36.6
1992	43.6	40.7	47.0	44.7	40.8	37.0
1993	44.7	43.1	48.6	49.5	41.5	38.5
1994	43.1	44.0	47.2	46.9	39.9	40.8
1995	42.2	42.9	46.9	50.4	38.7	37.1
1996	41.3	39.2	44.9	45.9	38.4	34.4
1997	41.3	44.2	44.7	44.9	38.4	43.1
1998	39.0	42.9	41.9	43.0	36.6	42.0
1999	37.0	40.0	40.1	43.6	34.6	37.1

Spécifications techniques :

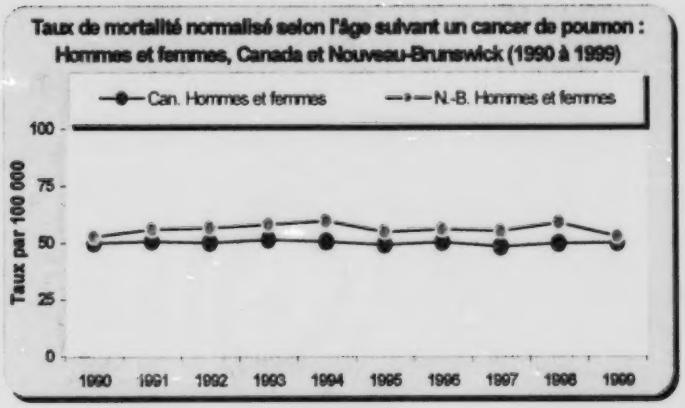
Exclusions : *Décès de non-résidents du Canada.*

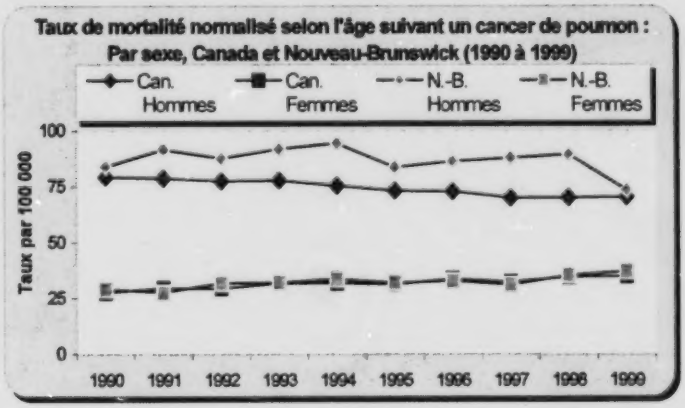
Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Division de la démographie (prévisions démographiques estimées); ISQ.*

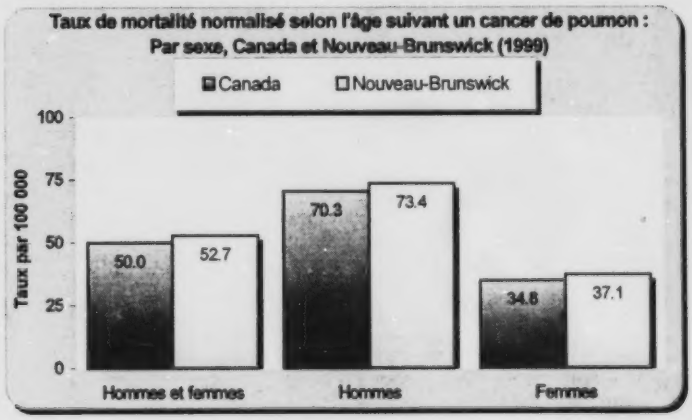
Calcul : *Le taux normalisé selon l'âge pour chaque siège de cancer [côlon et rectum (codes 153 à 154 de la CIM-9), poumon (code 162 de la CIM-9), sein chez la femme (code 174 de la CIM-9), prostate (code 185 de la CIM-9), infarctus aigu du myocarde (code 410 de la CIM-9), maladie cérébrovasculaire (codes 430 à 438 de la CIM-9) et sous-ensemble de tous les accidents vasculaires cérébraux (codes 430 à 432, 434 et 436 de la CIM-9)] est calculé en multipliant chaque taux de mortalité par âge observé chez la population-type dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population-type totale. La population canadienne de 1991 est utilisée comme population-type.*

Références : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.*

Taux de mortalité suivant un cancer du poumon







DÉFINITION :

Le nombre de décès par 100 000 habitants attribuables au cancer du poumon qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux entre les provinces et les territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes.

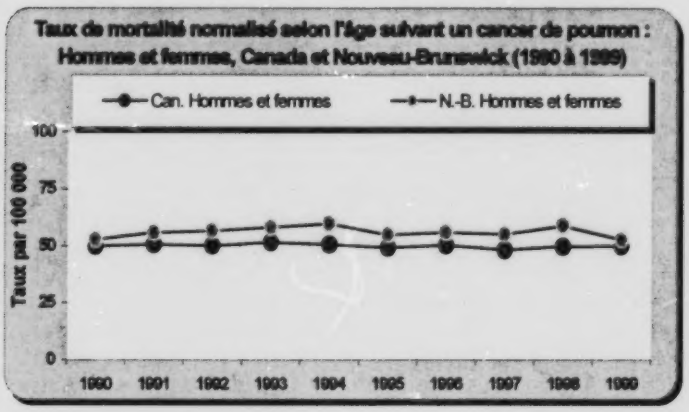
ANALYSE :

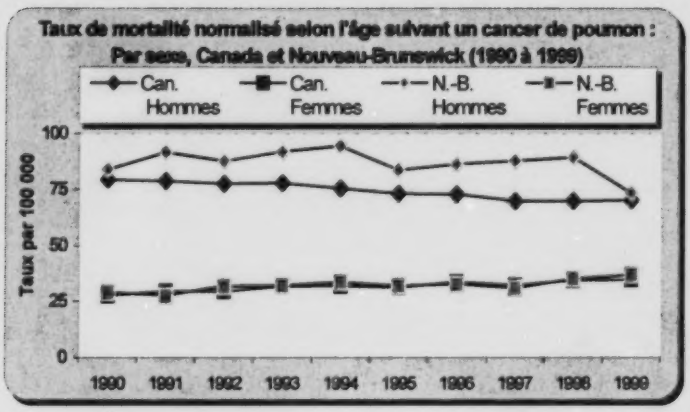
Au Canada, entre 1990 et 1999, le taux de mortalité attribuable au cancer du poumon chez les hommes a diminué, passant de 79,5 à 70,3. Réciproquement, durant la même période, la moyenne canadienne chez les femmes a augmenté, passant de 27,6 à 34,8. Au cours de la même période, pour les hommes au Nouveau-Brunswick, le taux de mortalité attribuable au cancer du poumon n'a montré aucune tendance à la hausse ni à la baisse, tandis que chez les femmes, la tendance était semblable à la tendance nationale, augmentant de 29,1 à 37,1 entre 1990 et 1999. Ces tendances contraires chez les hommes et les femmes ont fait en sorte que le taux total de mortalité attribuable au cancer du poumon a peu fluctué à l'échelle du pays ou de la province au cours de la dernière décennie.

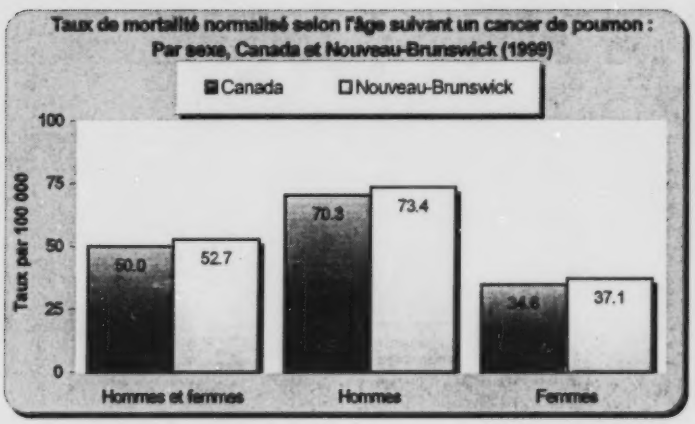
En 1999, tant au Canada qu'au Nouveau-Brunswick, le taux de mortalité attribuable au cancer du poumon chez les hommes était environ le double du taux chez les femmes. Au Nouveau-Brunswick, le taux de mortalité chez les hommes était d'environ 4 % supérieur à la moyenne nationale; chez les femmes, ce taux était d'à peu près 7 % supérieur à la moyenne nationale. Il faut cependant noter que, au cours de la décennie de 1990 à 1999, le taux de mortalité chez les hommes du Nouveau-Brunswick était en moyenne 16,7 % supérieur à la moyenne nationale comparable.

Les différences dans les taux de mortalité attribuables au cancer du poumon sont principalement dues aux différences dans les taux de consommation de tabac des décennies précédentes, ainsi qu'aux différences actuelles en matière de dépistage et de traitement du cancer du poumon.

Taux de mortalité suivant un cancer du poumon







DÉFINITION :

Le nombre de décès par 100 000 habitants attribuables au cancer du poumon qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux entre les provinces et les territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes.

ANALYSE :

Au Canada, entre 1990 et 1999, le taux de mortalité attribuable au cancer du poumon chez les hommes a diminué, passant de 79,5 à 70,3. Réciproquement, durant la même période, la moyenne canadienne chez les femmes a augmenté, passant de 27,6 à 34,8. Au cours de la même période, pour les hommes au Nouveau-Brunswick, le taux de mortalité attribuable au cancer du poumon n'a montré aucune tendance à la hausse ni à la baisse, tandis que chez les femmes, la tendance était semblable à la tendance nationale, augmentant de 29,1 à 37,1 entre 1990 et 1999. Ces tendances contraires chez les hommes et les femmes ont fait en sorte que le taux total de mortalité attribuable au cancer du poumon a peu fluctué à l'échelle du pays ou de la province au cours de la dernière décennie.

En 1999, tant au Canada qu'au Nouveau-Brunswick, le taux de mortalité attribuable au cancer du poumon chez les hommes était environ le double du taux chez les femmes. Au Nouveau-Brunswick, le taux de mortalité chez les hommes était d'environ 4 % supérieur à la moyenne nationale; chez les femmes, ce taux était d'à peu près 7 % supérieur à la moyenne nationale. Il faut cependant noter que, au cours de la décennie de 1990 à 1999, le taux de mortalité chez les hommes du Nouveau-Brunswick était en moyenne 16,7 % supérieur à la moyenne nationale comparable.

Les différences dans les taux de mortalité attribuables au cancer du poumon sont principalement dues aux différences dans les taux de consommation de tabac des décennies précédentes, ainsi qu'aux différences actuelles en matière de dépistage et de traitement du cancer du poumon.

Tableau 5.1.3 Taux de mortalité normalisé selon l'âge suivant un cancer de poumon

Taux de mortalité normalisé selon l'âge suivant un cancer de poumon :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1990	49.9	52.6	79.5	83.8	27.6	29.1
1991	50.6	55.8	78.8	91.6	29.5	27.6
1992	50.1	56.5	77.5	87.7	29.6	31.8
1993	51.4	57.9	77.9	91.9	31.7	32.1
1994	50.5	59.6	75.5	94.5	31.9	33.7
1995	49.1	54.7	73.2	83.7	31.3	32.0
1996	50.2	55.8	72.9	86.4	33.6	32.8
1997	48.2	55.1	69.9	87.8	32.3	31.0
1998	49.6	58.8	70.1	89.5	34.5	35.1
1999	50.0	52.7	70.3	73.4	34.8	37.1

Spécifications techniques :

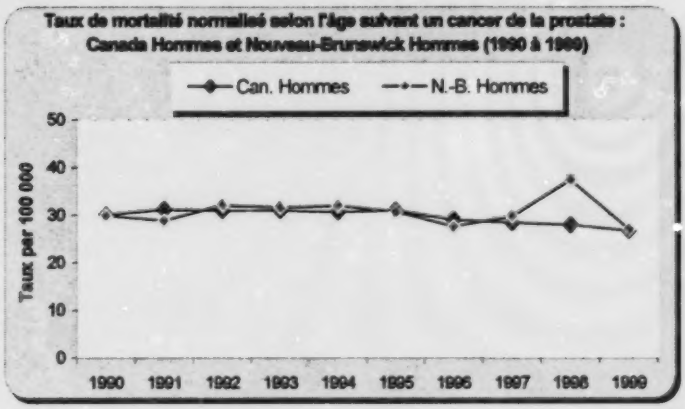
Exclusions : *Décès de non-résidents du Canada.*

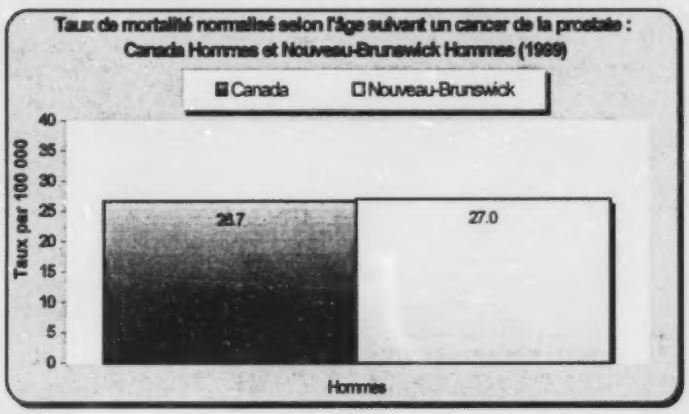
Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Division de la démographie (prévisions démographiques estimées); ISQ.*

Calcul : *Le taux normalisé selon l'âge pour chaque siège de cancer [côlon et rectum (codes 153 à 154 de la CIM-9), poumon (code 162 de la CIM-9), sein chez la femme (code 174 de la CIM-9), prostate (code 185 de la CIM-9), infarctus aigu du myocarde (code 410 de la CIM-9), maladie cérébrovasculaire (codes 430 à 438 de la CIM-9) et sous-ensemble de tous les accidents vasculaires cérébraux (codes 430 à 432, 434 et 436 de la CIM-9)] est calculé en multipliant chaque taux de mortalité par âge observé chez la population-type dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population-type totale. La population canadienne de 1991 est utilisée comme population-type.*

Références : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.*

Taux de mortalité suivant un cancer de la prostate





DÉFINITION :

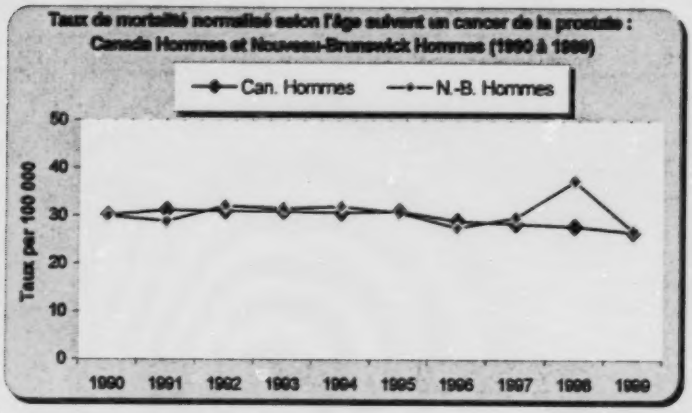
Le nombre de décès par 100 000 habitants attribuables au cancer de la prostate qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année et entre les provinces et les territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes.

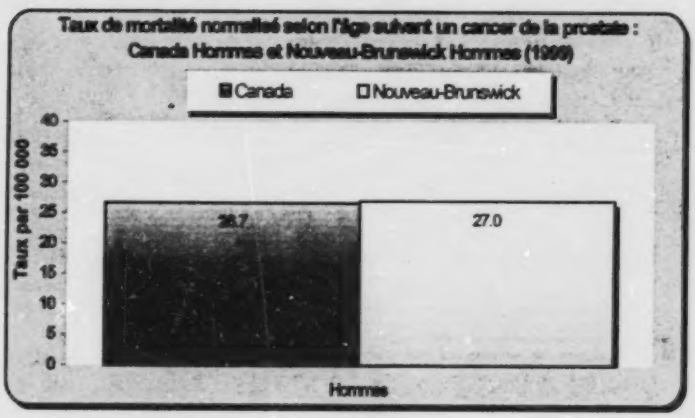
ANALYSE :

Le taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate chez les hommes canadiens a passé de 30,1 par 100 000 en 1990 à 26,7 en 1999. Le taux au Nouveau-Brunswick était semblable à la moyenne canadienne pour la majeure partie de la période de dix ans, à l'exception de 1998 où on a enregistré un nombre anormalement élevé de décès attribuables au cancer de la prostate. Dans l'ensemble, le taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate chez les hommes du Nouveau-Brunswick a peu fluctué au cours de la dernière décennie.

En 1999, le taux de mortalité normalisé relatif au cancer de la prostate chez les hommes du Nouveau-Brunswick, qui était d'environ 27 par 100 000, était essentiellement le même que la moyenne nationale.

Taux de mortalité suivant un cancer de la prostate





DÉFINITION :

Le nombre de décès par 100 000 habitants attribuables au cancer de la prostate qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année et entre les provinces et les territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes.

ANALYSE :

Le taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate chez les hommes canadiens a passé de 30,1 par 100 000 en 1990 à 26,7 en 1999. Le taux au Nouveau-Brunswick était semblable à la moyenne canadienne pour la majeure partie de la période de dix ans, à l'exception de 1998 où on a enregistré un nombre anormalement élevé de décès attribuables au cancer de la prostate. Dans l'ensemble, le taux de mortalité attribuable au cancer de la prostate chez les hommes du Nouveau-Brunswick a peu fluctué au cours de la dernière décennie.

En 1999, le taux de mortalité normalisé relatif au cancer de la prostate chez les hommes du Nouveau-Brunswick, qui était d'environ 27 par 100 000, était essentiellement le même que la moyenne nationale.

Tableau 5.14 Taux de mortalité normalisé selon l'âge suivant un cancer de la prostate

Taux de mortalité normalisé selon l'âge suivant un cancer de la prostate :
Canada Hommes et Nouveau-Brunswick Hommes (1990 à 1999)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes	
Année	**Canada**	**N.-B.**
1990	30.1	29.9
1991	31.2	28.9
1992	31.0	32.1
1993	31.0	31.6
1994	30.7	32.0
1995	31.0	30.8
1996	29.0	27.6
1997	28.4	29.7
1998	27.9	37.4
1999	26.7	27.0

Spécifications techniques :

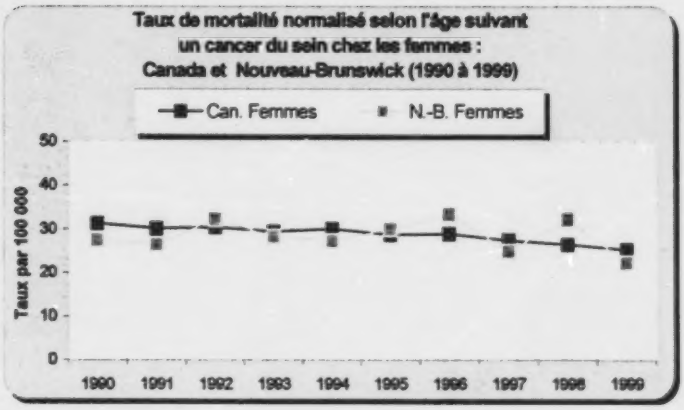
Exclusions : *Décès de non-résidents du Canada.*

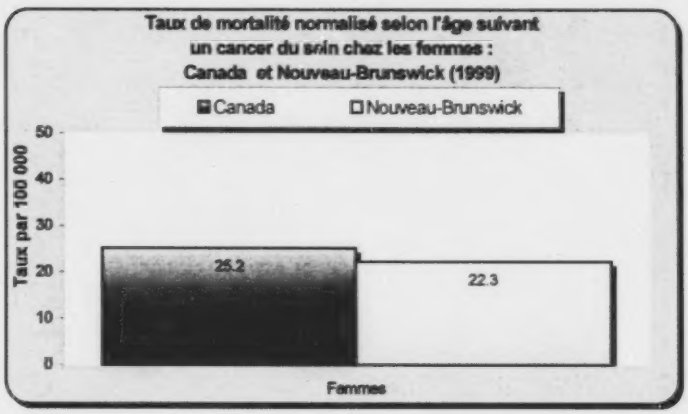
Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Division de la démographie (prévisions démographiques estimées); ISQ.*

Calcul : *Le taux normalisé selon l'âge pour chaque siège de cancer [côlon et rectum (codes 153 à 154 de la CIM-9), poumon (code 162 de la CIM-9), sein chez la femme (code 174 de la CIM-9), prostate (code 185 de la CIM-9), infarctus aigu du myocarde (code 410 de la CIM-9), maladie cérébrovasculaire (codes 430 à 438 de la CIM-9) et sous-ensemble de tous les accidents vasculaires cérébraux (codes 430 à 432, 434 et 436 de la CIM-9)] est calculé en multipliant chaque taux de mortalité par âge observé chez la population-type dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population-type totale. La population canadienne de 1991 est utilisée comme population-type.*

Références : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.*

Taux de mortalité suivant un cancer du sein





DÉFINITION :

C'est le nombre de décès par 100 000 femmes imputables au cancer du sein qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au cours d'une année donnée s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge, selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux entre les provinces et les territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes.

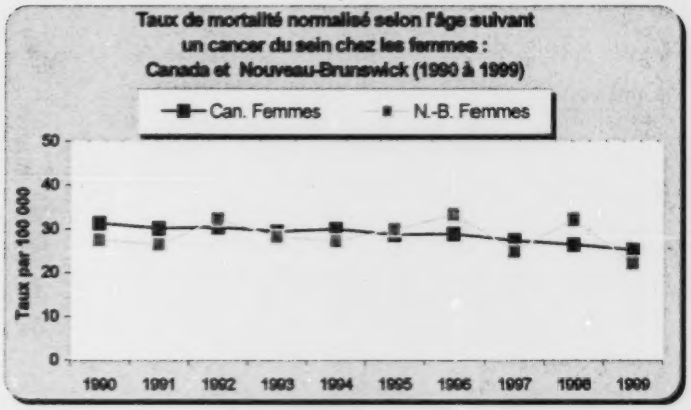
ANALYSE :

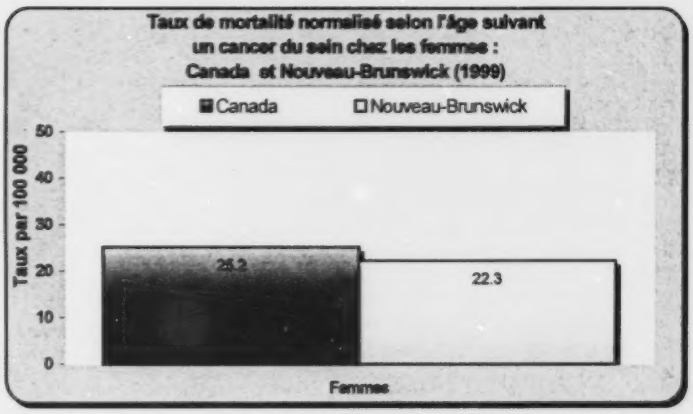
Chez les femmes canadiennes, le taux de mortalité attribuable au cancer du sein a diminué au cours de la dernière décennie, passant de 31,3 par 100 000 femmes en 1990 à 25,2 en 1999. Dans l'ensemble, la tendance semble être à la baisse au Nouveau-Brunswick, le taux moyen pour les années 1997 à 1999 (26,5) étant d'environ 8 % inférieur au taux moyen observé au cours des années 1990 à 1992 (28,8).

En 1999, le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes du Nouveau-Brunswick était à peu près 12 % inférieur à la moyenne nationale. Toutefois, au cours de la décennie de 1990 à 1999, le taux de mortalité en moyenne était semblable au taux observé dans l'ensemble du Canada.

La baisse du nombre de décès suivant un cancer du sein est attribuable aux moyens de détection précoce (mammographie de dépistage) et aux traitements plus efficaces.

Taux de mortalité suivant un cancer du sein





DÉFINITION :

C'est le nombre de décès par 100 000 femmes imputables au cancer du sein qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au cours d'une année donnée s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge, selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux entre les provinces et les territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes.

ANALYSE :

Chez les femmes canadiennes, le taux de mortalité attribuable au cancer du sein a diminué au cours de la dernière décennie, passant de 31,3 par 100 000 femmes en 1990 à 25,2 en 1999. Dans l'ensemble, la tendance semble être à la baisse au Nouveau-Brunswick, le taux moyen pour les années 1997 à 1999 (26,5) étant d'environ 8 % inférieur au taux moyen observé au cours des années 1990 à 1992 (28,8).

En 1999, le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes du Nouveau-Brunswick était à peu près 12 % inférieur à la moyenne nationale. Toutefois, au cours de la décennie de 1990 à 1999, le taux de mortalité en moyenne était semblable au taux observé dans l'ensemble du Canada.

La baisse du nombre de décès suivant un cancer du sein est attribuable aux moyens de détection précoce (mammographie de dépistage) et aux traitements plus efficaces.

Tableau 5.1.5 Taux de mortalité normalisé selon l'âge suivant un cancer du sein chez les femmes

Taux de mortalité normalisé selon l'âge suivant un cancer du sein chez les femmes :
Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Taux par 100 000 femmes

	Femmes	
Année	**Canada**	**N.-B.**
1990	31.3	27.6
1991	30.1	26.5
1992	30.4	32.2
1993	29.4	28.3
1994	30.0	27.3
1995	28.7	29.9
1996	28.9	33.3
1997	27.4	25.0
1998	26.4	32.2
1999	25.2	22.3

Spécifications techniques :

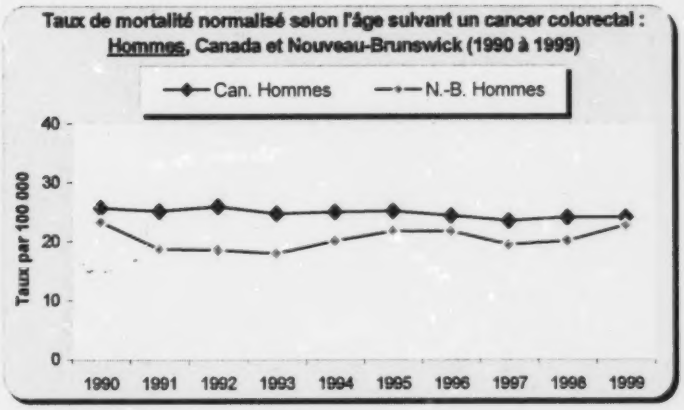
Exclusions : *Décès de non-résidents du Canada.*

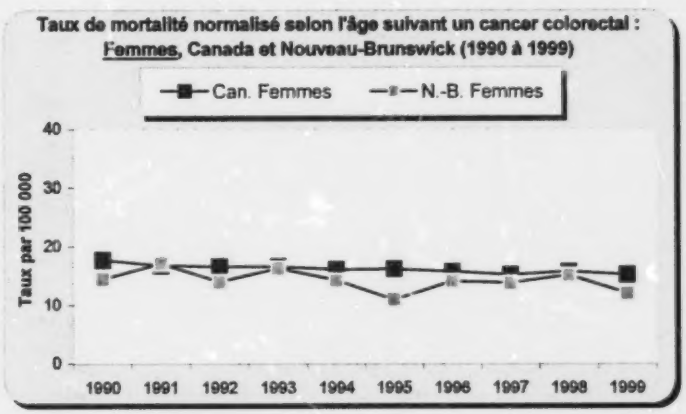
Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Division de la démographie (prévisions démographiques estimées); ISQ.*

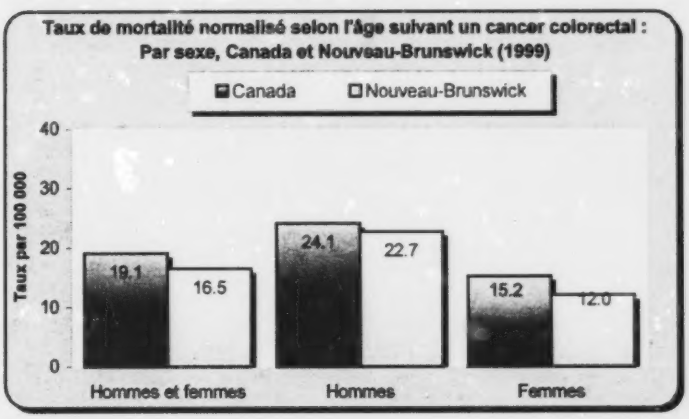
Calcul : *Le taux normalisé selon l'âge pour chaque siège de cancer [côlon et rectum (codes 153 à 154 de la CIM-9), poumon (code 162 de la CIM-9), sein chez la femme (code 174 de la CIM-9), prostate (code 185 de la CIM-9), infarctus aigu du myocarde (code 410 de la CIM-9), maladie cérébrovasculaire (codes 430 à 438 de la CIM-9) et sous-ensemble de tous les accidents vasculaires cérébraux (codes 430 à 432, 434 et 436 de la CIM-9)] est calculé en multipliant chaque taux de mortalité par âge observé chez la population-type dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population-type totale. La population canadienne de 1991 est utilisée comme population-type.*

Références : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.*

Taux de mortalité suivant un cancer colorectal







DÉFINITION :

Le nombre de décès par 100 000 habitants attribuables au cancer colorectal qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au cours d'une année donnée s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge, selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux entre les provinces et les territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes.

ANALYSE :

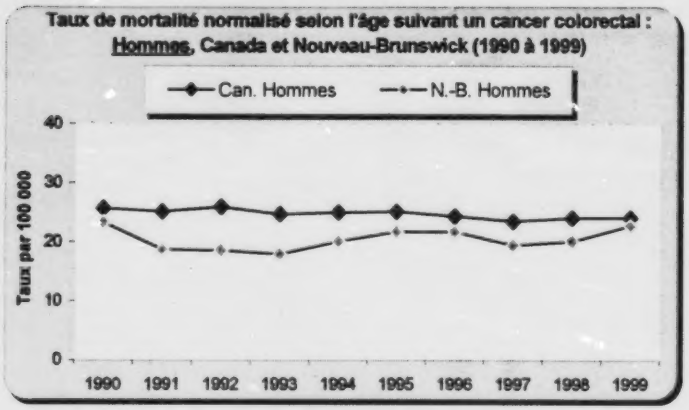
Le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal chez les hommes canadiens a diminué, passant de 25,7 en 1990 à 24,1 en 1999. Au cours de la même période, le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal chez les hommes du Nouveau-Brunswick est demeuré constamment inférieur à la moyenne nationale, mais n'a indiqué aucune tendance durable à la hausse ou à la baisse.

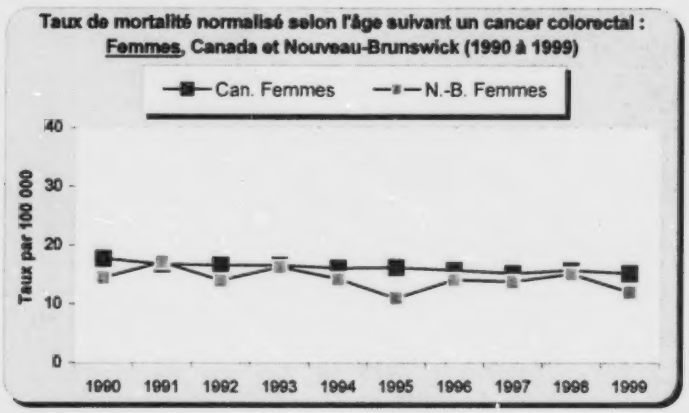
Le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal chez les femmes canadiennes a diminué, passant de 17,7 en 1990 à 15,2 en 1999. Ce taux chez les femmes du Nouveau-Brunswick, au cours de la même période, était inférieur à la moyenne nationale à chaque année, sauf en 1991, et il indiquait une tendance à la baisse, soit une baisse du taux moyen de 15,2 de 1990 à 1992, au taux moyen de 13,6 de 1997 à 1999.

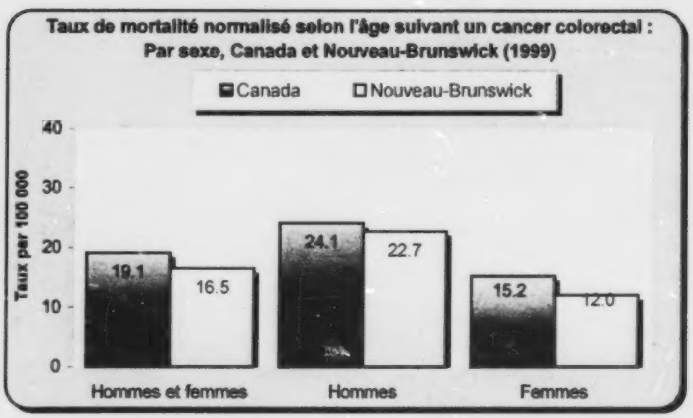
En 1999, le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal chez les hommes canadiens était d'environ 1,6 fois supérieur aux taux chez les femmes, et au Nouveau-Brunswick, le taux chez les hommes était d'environ 1,9 fois supérieur à celui chez les femmes.

En 1999, le taux de mortalité par cancer colorectal chez les hommes du Nouveau-Brunswick était de 6 % inférieur à la moyenne nationale. De 1990 à 1999, le taux moyen de mortalité attribuable au cancer colorectal chez les hommes du Nouveau-Brunswick était d'à peu près 17 % inférieur à la moyenne canadienne pour la même période. Le taux de mortalité par cancer colorectal chez les femmes du Nouveau-Brunswick était d'environ 21 % inférieur à la moyenne canadienne en 1999. Toutefois, au cours de la décennie de 1990 à 1999, le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal n'était, en moyenne, que de 12 % inférieur à la moyenne canadienne.

Taux de mortalité suivant un cancer colorectal







DÉFINITION :

Le nombre de décès par 100 000 habitants attribuables au cancer colorectal qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au cours d'une année donnée s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge, selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux entre les provinces et les territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes.

ANALYSE :

Le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal chez les hommes canadiens a diminué, passant de 25,7 en 1990 à 24,1 en 1999. Au cours de la même période, le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal chez les hommes du Nouveau-Brunswick est demeuré constamment inférieur à la moyenne nationale, mais n'a indiqué aucune tendance durable à la hausse ou à la baisse.

Le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal chez les femmes canadiennes a diminué, passant de 17,7 en 1990 à 15,2 en 1999. Ce taux chez les femmes du Nouveau-Brunswick, au cours de la même période, était inférieur à la moyenne nationale à chaque année, sauf en 1991, et il indiquait une tendance à la baisse, soit une baisse du taux moyen de 15,2 de 1990 à 1992, au taux moyen de 13,6 de 1997 à 1999.

En 1999, le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal chez les hommes canadiens était d'environ 1,6 fois supérieur aux taux chez les femmes, et au Nouveau-Brunswick, le taux chez les hommes était d'environ 1,9 fois supérieur à celui chez les femmes.

En 1999, le taux de mortalité par cancer colorectal chez les hommes du Nouveau-Brunswick était de 6 % inférieur à la moyenne nationale. De 1990 à 1999, le taux moyen de mortalité attribuable au cancer colorectal chez les hommes du Nouveau-Brunswick était d'à peu près 17 % inférieur à la moyenne canadienne pour la même période. Le taux de mortalité par cancer colorectal chez les femmes du Nouveau-Brunswick était d'environ 21 % inférieur à la moyenne canadienne en 1999. Toutefois, au cours de la décennie de 1990 à 1999, le taux de mortalité attribuable au cancer colorectal n'était, en moyenne, que de 12 % inférieur à la moyenne canadienne.

Tableau 5.1.6 Taux de mortalité normalisé selon l'âge suivant un cancer colorectal

Taux de mortalité normalisé selon l'âge suivant un cancer colorectal :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1990	21.1	18.6	25.7	23.3	17.7	14.4
1991	20.4	17.8	25.1	18.7	16.8	17.1
1992	20.5	15.9	25.9	18.5	16.6	14.0
1993	20.1	17.1	24.7	17.9	16.6	16.3
1994	19.9	16.9	25.0	20.1	16.1	14.2
1995	20.0	15.8	25.1	21.7	16.2	10.9
1996	19.4	17.3	24.3	21.7	15.7	14.1
1997	18.8	16.1	23.5	19.4	15.2	13.8
1998	19.2	17.5	24.1	20.1	15.7	15.1
1999	19.1	16.5	24.1	22.7	15.2	12.0

Spécifications techniques :

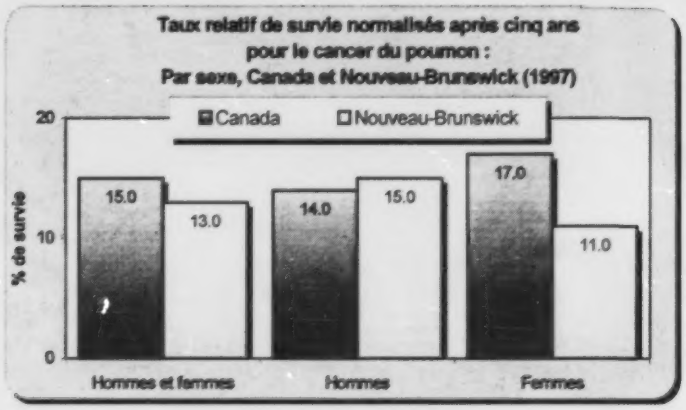
Exclusions : *Décès de non-résidents du Canada.*

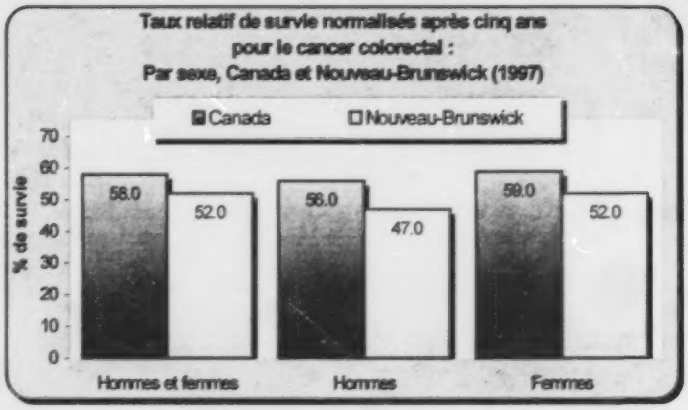
Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Division de la démographie (prévisions démographiques estimées); ISQ.*

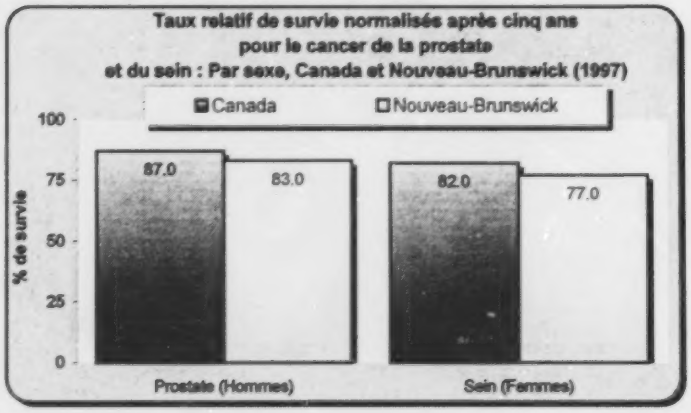
Calcul : *Le taux normalisé selon l'âge pour chaque siège de cancer [côlon et rectum (codes 153 à 154 de la CIM-9), poumon (code 162 de la CIM-9), sein chez la femme (code 174 de la CIM-9), prostate (code 185 de la CIM-9), infarctus aigu du myocarde (code 410 de la CIM-9), maladie cérébrovasculaire (codes 430 à 438 de la CIM-9) et sous-ensemble de tous les accidents vasculaires cérébraux (codes 430 à 432, 434 et 436 de la CIM-9)] est calculé en multipliant chaque taux de mortalité par âge observé chez la population-type dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population-type totale. La population canadienne de 1991 est utilisée comme population-type.*

Références : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès.*

Taux relatif de survie normalisés après cinq ans suivant certains cancers







DÉFINITION :

Le taux relatif de survie après cinq ans normalisé est le rapport entre le taux de survie observé chez les patients atteints de cancer et le taux de survie prévu pour l'ensemble de la population. Le ratio peut être interprété comme le pourcentage de patients atteints de cancer et qui survivent au moins cinq ans après le diagnostic. La normalisation selon l'âge permet de comparer les différentes provinces et territoires qui diffèrent quant à la répartition de cas selon l'âge. Il faut noter que seules les données de 1997 sont disponibles pour ces indicateurs.

ANALYSE :

Les chances de survie à un cancer du poumon après cinq ans suivant le diagnostic, chez les hommes du Nouveau-Brunswick, dépassaient légèrement la moyenne chez les hommes à l'échelle nationale. Toutefois, chez les femmes du Nouveau-Brunswick, le taux de survie suivant un diagnostic du cancer du poumon était sensiblement inférieur à la fois aux taux chez les hommes du Nouveau-Brunswick et chez les femmes à l'échelle du pays, en 1997.

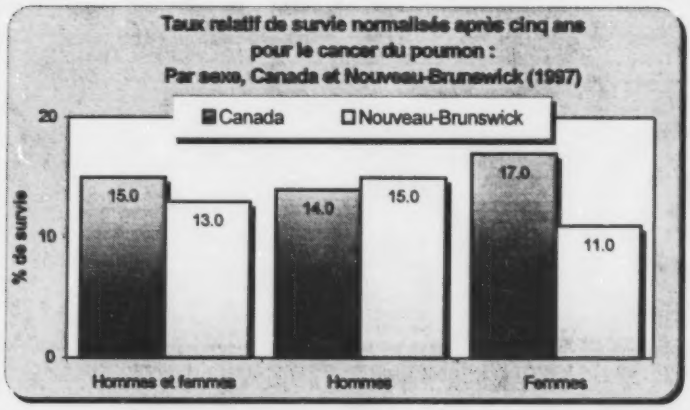
Les taux de survie au cancer colorectal après cinq ans pour les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick étaient inférieurs aux moyennes nationales comparables. Les cinq points de pourcentage entre le taux de survie chez les hommes et celui chez les femmes du Nouveau-Brunswick étaient similaires à la différence entre les hommes et les femmes observée à l'échelle nationale.

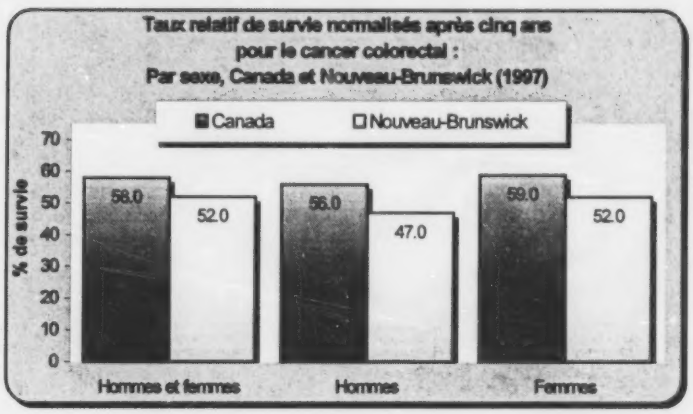
Les taux de survie après cinq ans chez les hommes du Nouveau-Brunswick atteints du cancer de la prostate et chez les femmes du Nouveau-Brunswick atteintes du cancer du sein étaient inférieurs, par quatre et cinq points de pourcentage respectivement, aux mêmes taux chez les hommes et les femmes du Canada.

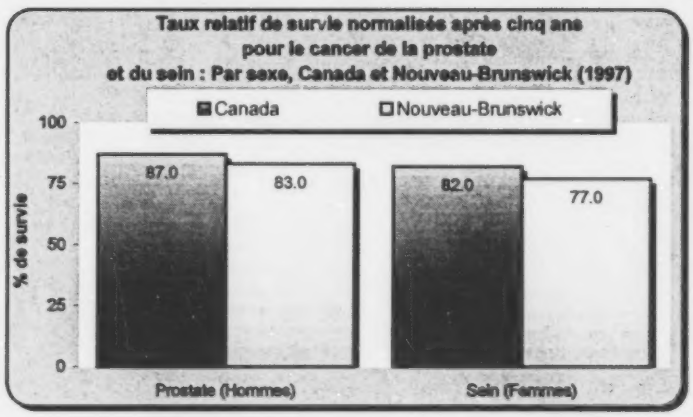
Deux facteurs distincts influencent les taux de survie relatifs en cas de cancer : 1) le succès des efforts de dépistage précoce et 2) l'efficacité du traitement du cancer après le diagnostic.

En général, le pronostic est sombre pour les patients atteints du cancer du poumon. Les taux de survie plus élevés après cinq ans dans le cas des cancers colorectal, de la prostate et du sein reflètent le succès à la fois relié au dépistage précoce et au traitement de ces maladies.

Taux relatif de survie normalisés après cinq ans suivant certains cancers







DÉFINITION :

Le taux relatif de survie après cinq ans normalisé est le rapport entre le taux de survie observé chez les patients atteints de cancer et le taux de survie prévu pour l'ensemble de la population. Le ratio peut être interprété comme le pourcentage de patients atteints de cancer et qui survivent au moins cinq ans après le diagnostic. La normalisation selon l'âge permet de comparer les différentes provinces et territoires qui diffèrent quant à la répartition de cas selon l'âge. Il faut noter que seules les données de 1997 sont disponibles pour ces indicateurs.

ANALYSE :

Les chances de survie à un cancer du poumon après cinq ans suivant le diagnostic, chez les hommes du Nouveau-Brunswick, dépassaient légèrement la moyenne chez les hommes à l'échelle nationale. Toutefois, chez les femmes du Nouveau-Brunswick, le taux de survie suivant un diagnostic du cancer du poumon était sensiblement inférieur à la fois aux taux chez les hommes du Nouveau-Brunswick et chez les femmes à l'échelle du pays, en 1997.

Les taux de survie au cancer colorectal après cinq ans pour les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick étaient inférieurs aux moyennes nationales comparables. Les cinq points de pourcentage entre le taux de survie chez les hommes et celui chez les femmes du Nouveau-Brunswick étaient similaires à la différence entre les hommes et les femmes observée à l'échelle nationale.

Les taux de survie après cinq ans chez les hommes du Nouveau-Brunswick atteints du cancer de la prostate et chez les femmes du Nouveau-Brunswick atteintes du cancer du sein étaient inférieurs, par quatre et cinq points de pourcentage respectivement, aux mêmes taux chez les hommes et les femmes du Canada.

Deux facteurs distincts influencent les taux de survie relatifs en cas de cancer : 1) le succès des efforts de dépistage précoce et 2) l'efficacité du traitement du cancer après le diagnostic.

En général, le pronostic est sombre pour les patients atteints du cancer du poumon. Les taux de survie plus élevés après cinq ans dans le cas des cancers colorectal, de la prostate et du sein reflètent le succès à la fois relié au dépistage précoce et au traitement de ces maladies.

Tableau 5.2 Taux relatif de survie normalisés après cinq ans suivant certains cancers

Taux relatif de survie normalisés après cinq ans suivant certains cancers :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1997)
Pourcentage de survie après cinq ans

Types de cancer	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
Poumon	15.0	13.0	14.0	15.0	17.0	11.0
Colorectal	58.0	52.0	56.0	47.0	59.0	52.0
Sein					82.0	77.0
Prostate			87.0	83.0		

Spécifications techniques :

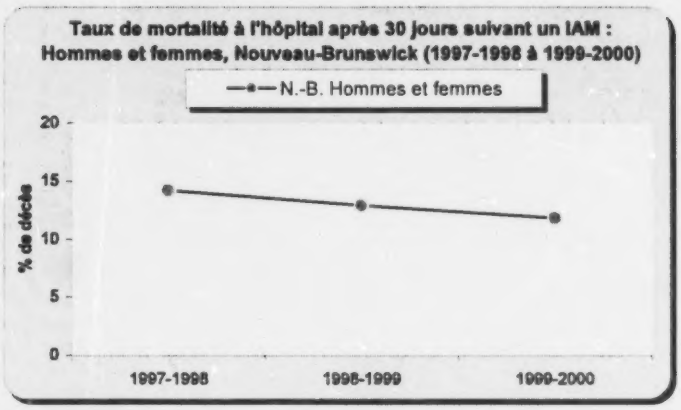
Exclusions : *Limité aux cas diagnostiqués en 1992 qui étaient le premier cancer primaire pour l'individu. Les sujets dont l'année de naissance ou de décès est inconnue; les sujets de moins de 15 ans ou de plus de 99 ans au moment du diagnostic; les sujets dont la maladie a été diagnostiquée à l'autopsie ou sur le certificat de décès seulement.*

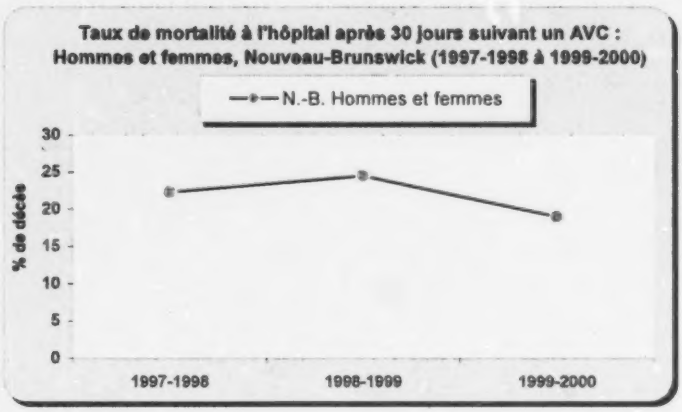
Source : *Statistique Canada, Registre canadien du cancer, Base canadienne de données sur la mortalité, et tables de survie, Canada et provinces (1990-1992); ISQ.*

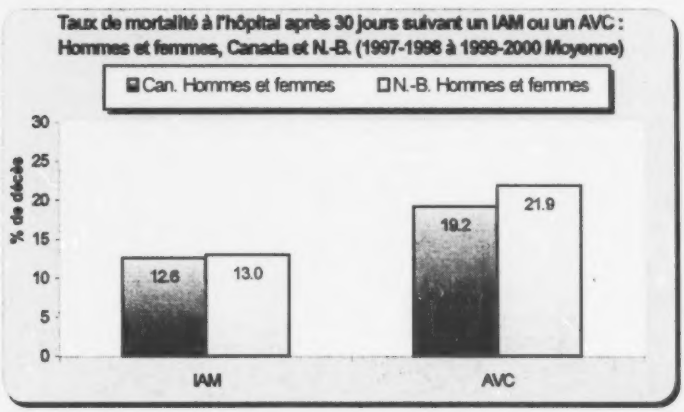
Calcul : *La méthode du maximum de vraisemblance d'Estève et al (1990).*
Les taux normalisés selon l'âge pour un cancer donné ont été calculés en pondérant les taux par âge à la répartition selon l'âge de tous les patients admissibles diagnostiqués comme ayant le cancer en question.

Références : *L.F. Ellison, L. Gibbons et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada, « Taux relatifs de survie à cinq ans : cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon, Rapports sur la santé, vol. 13, no 1 (2001), p. 23 à 34.*

Taux de mortalité après 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde ou un accident vasculaire cérébral







DÉFINITION :

Le pourcentage de patients qui décèdent, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une première crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde (IAM)) ou un accident vasculaire cérébral (AVC). Noter que l'expression « à l'hôpital » indique que l'indicateur ne tient compte que des dossiers d'hospitalisation (non pas des décès survenus hors de l'hôpital). Cependant, la plus grande partie des décès dûs à une crise cardiaque ou à un accident vasculaire cérébral surviennent à l'hôpital. Afin de faciliter les comparaisons entre les différents territoires et provinces, on a eu recours à un modèle statistique (ajusté pour le risque) pour tenir compte des différences dans l'âge, le sexe et les conditions comorbides.

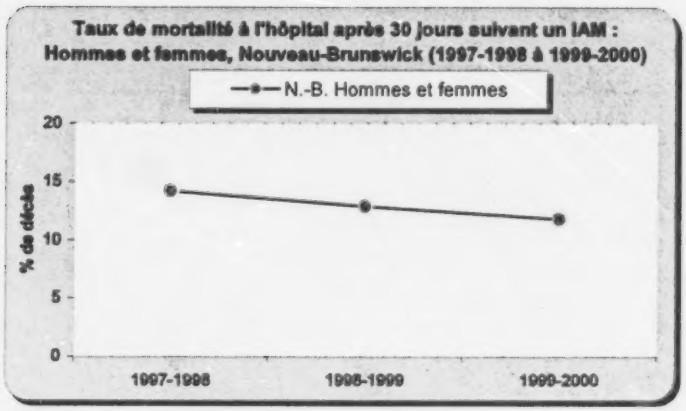
ANALYSE :

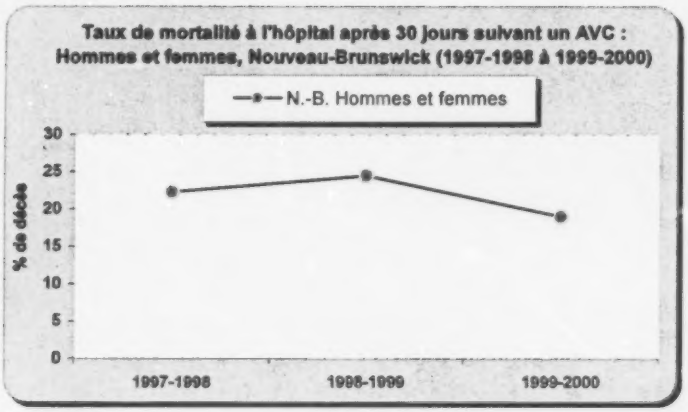
De 1997-1998 à 1999-2000, le pourcentage de Néo-Brunswickois décédés à l'hôpital dans les 30 jours suivant une première crise cardiaque a baissé de manière constante. Au Nouveau-Brunswick cependant, au cours de la même période, le taux moyen de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un IAM était légèrement supérieur au taux canadien* moyen.

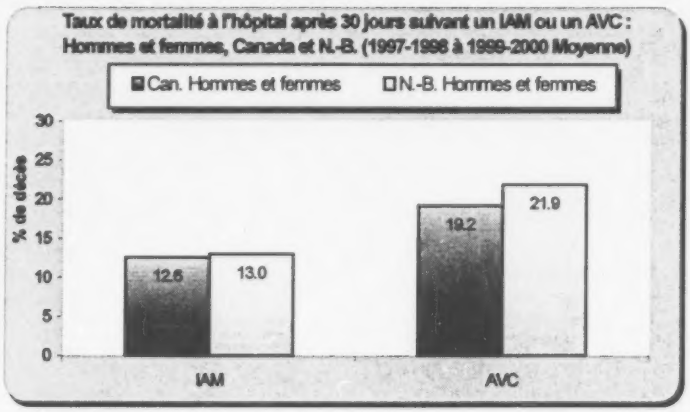
Au Nouveau-Brunswick, le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral a affiché en général une légère baisse d'environ 3 points de pourcentage de 1997-1998 à 1999-2000. Durant la même période de trois ans, le taux moyen de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral était supérieur au taux canadien* moyen.

Le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours est un important moyen de mesure des variations de la mortalité pouvant être attribuable à des facteurs tels que les traitements d'urgence, la qualité des soins à l'hôpital, les soins primaires et la prévention secondaire. La baisse du taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours peut être un signe de progrès dans la prévention secondaire et le traitement pour un IAM ou un accident vasculaire cérébral.

Taux de mortalité après 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde ou un accident vasculaire cérébral







DÉFINITION :

Le pourcentage de patients qui décèdent, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une première crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde (IAM)) ou un accident vasculaire cérébral (AVC). Noter que l'expression « à l'hôpital » indique que l'indicateur ne tient compte que des dossiers d'hospitalisation (non pas des décès survenus hors de l'hôpital). Cependant, la plus grande partie des décès dûs à une crise cardiaque ou à un accident vasculaire cérébral surviennent à l'hôpital. Afin de faciliter les comparaisons entre les différents territoires et provinces, on a eu recours à un modèle statistique (ajusté pour le risque) pour tenir compte des différences dans l'âge, le sexe et les conditions comorbides.

ANALYSE :

De 1997-1998 à 1999-2000, le pourcentage de Néo-Brunswickois décédés à l'hôpital dans les 30 jours suivant une première crise cardiaque a baissé de manière constante. Au Nouveau-Brunswick cependant, au cours de la même période, le taux moyen de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un IAM était légèrement supérieur au taux canadien* moyen.

Au Nouveau-Brunswick, le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral a affiché en général une légère baisse d'environ 3 points de pourcentage de 1997-1998 à 1999-2000. Durant la même période de trois ans, le taux moyen de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral était supérieur au taux canadien* moyen.

Le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours est un important moyen de mesure des variations de la mortalité pouvant être attribuable à des facteurs tels que les traitements d'urgence, la qualité des soins à l'hôpital, les soins primaires et la prévention secondaire. La baisse du taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours peut être un signe de progrès dans la prévention secondaire et le traitement pour un IAM ou un accident vasculaire cérébral.

Tableau 5.3 Taux de mortalité à l'hôpital après 30 jours à la suite d'un infarctus aigu du myocarde ou un accident vasculaire cérébral

Taux de mortalité à l'hôpital après 30 jours à la suite d'un IAM ou d'un AVC :
Hommes et femmes, Canada et Nouveau-Brunswick (1997-1998 à 1999-2000)
Pourcentage de décès après 30 jours

	IAM		AVC	
Année	**Canada***	**N.-B.**	**Canada***	**N.-B.**
1997-1998		14.2		22.3
1998-1999		12.9		24.5
1999-2000		11.8		19.0
1997-1998 à 1999-2000	12.6	13.0	19.2	21.9

* Exclus le Québec, la Colombie-Britannique, le Yukon, les T.N.-O. et le Nunavut. Les données d'une seule année non disponibles.

Spécifications techniques :

Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde

Exclusions : *Les patients de moins de 20 ans ou de plus de 105 ans; les patients qui ont reçu leur congé vivants après un séjour total de moins de 3 jours; les patients transférés d'un autre établissement de soins actifs; les dossiers où l'IAM est codé en tant que complication; les dossiers contenant un numéro de carte de santé non valide; les dossiers qui proviennent de l'extérieur de la juridiction. Patients qui ont été admis pour un infarctus aigu du myocarde dans l'année précédant l'admission de référence.*

Numérateur : *Nombre de décès toutes causes confondues qui surviennent à l'hôpital dans les 30 jours suivant une admission initiale pour un IAM chez les patients qui satisfont aux conditions précisées pour le dénominateur.*

Dénominateur : *Nombre de patients qui ont été admis à un hôpital de soins actifs au cours d'une période donnée avec un diagnostic principal d'IAM et qui n'ont pas été admis à un hôpital de soins actifs avec le même diagnostic principal dans l'année précédant l'admission de référence.*

Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral

Exclusions : *Les patients de moins de 20 ans ou de plus de 105 ans; les dossiers où l'AVC est codé en tant que complication; les dossiers contenant un numéro de carte de santé non valide; les dossiers qui proviennent de l'extérieur de la juridiction. Patients qui ont été admis pour un accident vasculaire cérébral dans l'année précédant l'admission de référence.*

Numérateur : *Nombre de décès toutes causes confondues qui surviennent à l'hôpital dans les 30 jours suivant une première admission pour un diagnostic d'accident vasculaire cérébral et qui satisfont aux conditions énumérées pour le dénominateur.*

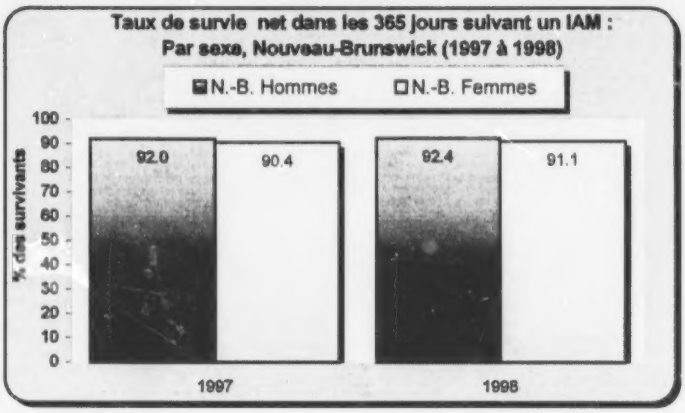
Dénominateur : *Nombre de patients qui ont reçu un diagnostic d'accident vasculaire cérébral admis à un hôpital de soins actifs au cours de la période définie, qui n'ont pas été admis précédemment à un hôpital de soins actifs pour un accident vasculaire cérébral dans l'année précédant l'admission de référence.*

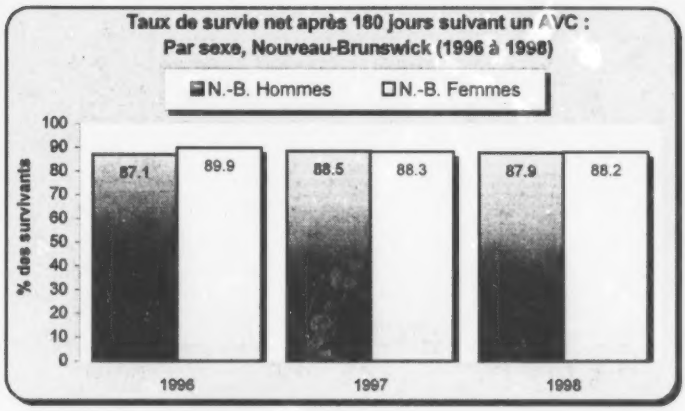
Les deux indicateurs

Calcul : *L'âge, le sexe et certaines affections comorbides sont insérés dans un modèle de régression logistique comme variables indépendantes. Les coefficients dérivés du modèle logistique sont utilisés pour calculer la probabilité d'un décès à l'hôpital suivant un IAM pour chaque cas (code). Le taux prévu de mortalité à l'hôpital d'une province est la somme de ces probabilités de cas, divisée par le nombre total de cas. Le taux de mortalité redressé selon le risque (TMRR) est calculé en divisant le taux de mortalité à l'hôpital observé dans chaque province par le taux de mortalité à l'hôpital prévu de la province et en multipliant par le taux moyen de mortalité à l'hôpital. Un intervalle de confiance de 95 pour cent est également calculé pour le TMRR.*

Source : *Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.*

Taux de survie net après un accident vasculaire cérébral ou un infarctus aigu du myocarde





DÉFINITION :

La proportion (%) de victimes d'infarctus aigu du myocarde (IAM/crise cardiaque) ou d'un accident vasculaire cérébral (AVC) qui survivent au moins une année après la première hospitalisation pour cause d'un IAM ou d'un AVC. Ces indicateurs mesurent le taux de mortalité due à un IAM ou à un ACV seulement (ils ne tiennent pas compte de la mortalité qui survient durant la même année mais qui n'est pas reliée à un IAM ou à un ACV.) Les taux sont normalisés selon l'âge de manière à permettre de comparer entre les années où la répartition des cas selon l'âge diffère. À noter que les données canadiennes comparables ne sont pas disponibles pour ces indicateurs.

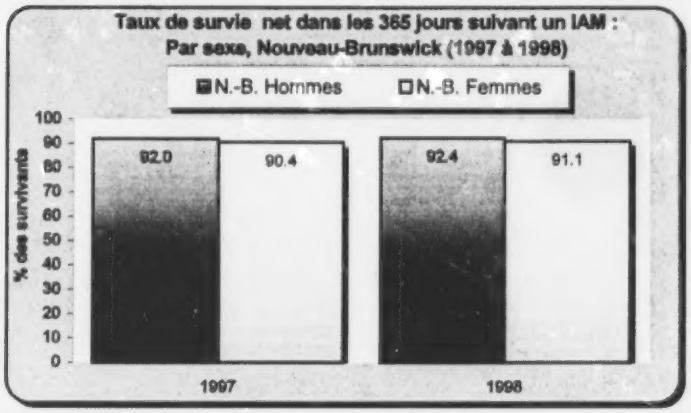
ANALYSE :

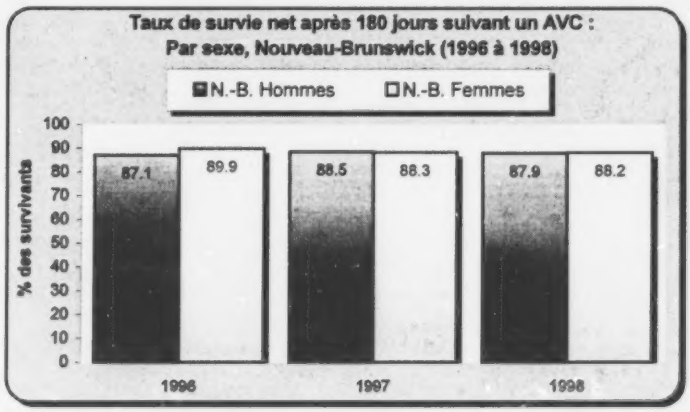
De 1997 à 1998, on a enregistré peu de changement dans le pourcentage d'hommes et de femmes du Nouveau-Brunswick ayant survécu au moins une année suivant une première crise cardiaque. En moyenne, près de 92 % des patients du Nouveau-Brunswick ont survécu au moins une année suivant la première hospitalisation pour cause de IAM. Le taux de survie après une année chez les hommes était légèrement supérieur au taux chez les femmes, bien que cet écart ait diminué de 1997 à 1998.

Entre 1996 et 1998 il n'y a pas eu de changement important dans le pourcentage des hommes et des femmes du Nouveau-Brunswick qui ont survécu au moins 180 jours après un premier AVC. En moyenne, environ 88% des Néo-Brunswickois qui ont eu un premier AVC en 1998 ont survécu au moins 180 jours. Sauf pour l'année 1996, il n'y a pas eu de différence notable dans le taux de survie après 180 jours suivant un AVC pour les hommes et les femmes.

Les taux de survie après 365 jours suivant un IAM et de 180 jours suivant un AVC sont attribuables à l'efficacité du traitement au moment de la première hospitalisation et à la qualité des soins hospitaliers et des soins communautaires après la première hospitalisation.

Taux de survie net après un accident vasculaire cérébral ou un infarctus aigu du myocarde





DÉFINITION :

La proportion (%) de victimes d'infarctus aigu du myocarde (IAM/crise cardiaque) ou d'un accident vasculaire cérébral (AVC) qui survivent au moins une année après la première hospitalisation pour cause d'un IAM ou d'un AVC. Ces indicateurs mesurent le taux de mortalité due à un IAM ou à un ACV seulement (ils ne tiennent pas compte de la mortalité qui survient durant la même année mais qui n'est pas reliée à un IAM ou à un ACV.) Les taux sont normalisés selon l'âge de manière à permettre de comparer entre les années où la répartition des cas selon l'âge diffère. À noter que les données canadiennes comparables ne sont pas disponibles pour ces indicateurs.

ANALYSE :

De 1997 à 1998, on a enregistré peu de changement dans le pourcentage d'hommes et de femmes du Nouveau-Brunswick ayant survécu au moins une année suivant une première crise cardiaque. En moyenne, près de 92 % des patients du Nouveau-Brunswick ont survécu au moins une année suivant la première hospitalisation pour cause de IAM. Le taux de survie après une année chez les hommes était légèrement supérieur au taux chez les femmes, bien que cet écart ait diminué de 1997 à 1998.

Entre 1996 et 1998 il n'y a pas eu de changement important dans le pourcentage des hommes et des femmes du Nouveau-Brunswick qui ont survécu au moins 180 jours après un premier AVC. En moyenne, environ 88% des Néo-Brunswickois qui ont eu un premier AVC en 1998 ont survécu au moins 180 jours. Sauf pour l'année 1996, il n'y a pas eu de différence notable dans le taux de survie après 180 jours suivant un AVC pour les hommes et les femmes.

Les taux de survie après 365 jours suivant un IAM et de 180 jours suivant un AVC sont attribuables à l'efficacité du traitement au moment de la première hospitalisation et à la qualité des soins hospitaliers et des soins communautaires après la première hospitalisation.

Tableau 5.4 Taux de survie net après 365 jours suivant un infarctus aigu du myocarde et de 180 jours pour tout accident vasculaire cérébral

Taux de survie net après 365 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM) :
Par sexe, Nouveau-Brunswick (1997 à 1998)
Pourcentage des survivants après 365 jours

Année	Hommes et femmes	Hommes	Femmes
1997	91.7	92.0	90.4
1998	91.8	92.4	91.1

Taux de survie net après 180 jours pour tout accident vasculaire cérébral :
Par sexe, Nouveau-Brunswick (1996 à 1998)
Pourcentage des survivants après 180 jours

Année	Hommes et femmes	Hommes	Femmes
1996	88.4	87.1	89.9
1997	88.6	88.5	88.3
1998	88.2	87.9	88.2

Spécifications techniques :

Exclusions : *Les dossiers ayant des numéros d'assurance-santé invalides, manquants ou pour lesquels des liens ne peuvent être établis; les dossiers contenant des erreurs graves ou des données invalides qui n'ont pu être imputées de façon raisonnable; les provinces et territoires dont les cas d'incidents d'IAM et d'accidents vasculaires cérébraux pour lesquels des liens ne peuvent être établis sont insuffisants; les admissions dans certains types d'hôpitaux de certaines juridictions; les personnes dont la première tranche d'hospitalisation n'est pas survenue au cours de l'année civile en question; les personnes ayant déjà subi un IAM au cours des trois années ou un accident vasculaire cérébral au cours de l'année suivant la première tranche d'hospitalisation; les personnes dont la première tranche d'hospitalisation (et non le séjour) pour un IAM est de moins de deux jours; les personnes de moins de 20 ans (ou de moins de 45 ans pour les prévisions uniformisées selon l'âge); les personnes qui n'ont pas été diagnostiquées comme étant atteintes de la maladie en question au cours du premier séjour d'une tranche d'hospitalisation ou dont le diagnostic au cours du premier séjour était d'un type qui n'a pas eu d'incidence sur la durée du séjour.*

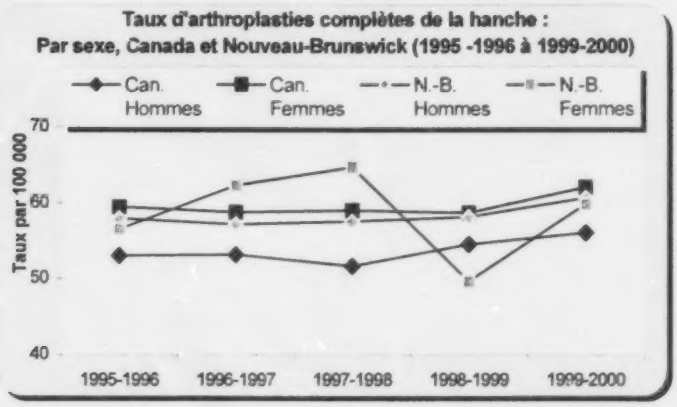
Sources : *Les bases de données administratives des juridictions avec suffisamment d'information par couplage, les bases de données sur les congés des patients et les bases de données sur la morbidité hospitalière (ICIS), les bases de données d'information orientée vers la personne, les dossiers des Statistiques de l'état civil et les tables de survie (Statistique Canada), ISQ.*

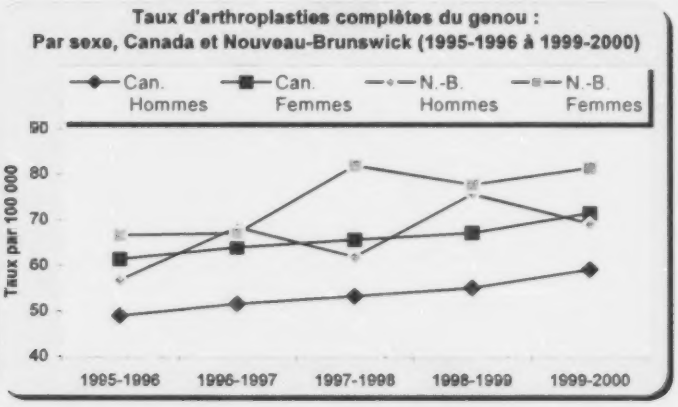
Nota : *À l'heure actuelle, Statistique Canada possède des données qui permettent d'estimer ces taux de façon fiable seulement pour l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.*

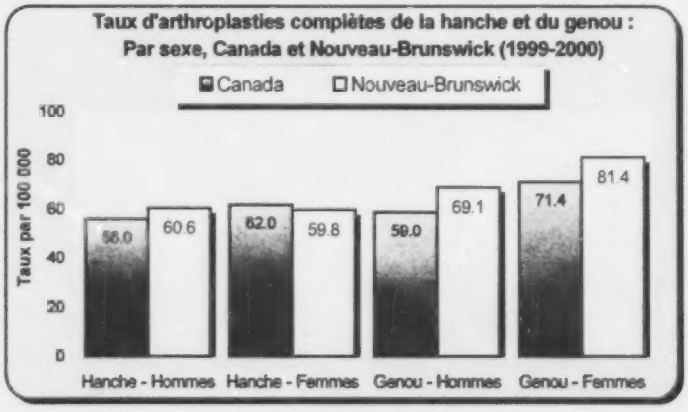
Les taux sont établis en comparant les groupes d'âge à l'aide de la méthode directe et de la structure de la population du recensement canadien de 1991. En raison des différences entre la distribution selon l'âge et le sexe et la distribution selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés chez qui ont a diagnostiqué un accident vasculaire cérébral ou un IAM, les taux globaux peuvent différer légèrement des taux selon le sexe. Il faut toujours tenir compte des intervalles de confiance lorsqu'on fait des comparaisons, et les intervalles de confiance ont été ajustés afin de tenir compte de la variance additionnelle introduite par la comparaison selon l'âge.

Calcul : *AM – code 410 de la CIM-9; tous les accidents cérébraux vasculaires – codes 430 à 432, 434 et 436 de la CIM-9.*
Les taux de survie sont calculés en utilisant la méthode de Kaplan-Meier, les personnes dont les causes sous-jacentes du décès n'étaient pas la maladie en question étant censurées à la date de décès. La date d'incidence est présumée être la date d'admission pour la première tranche d'hospitalisation pour la maladie en question. Les tranches subséquentes ne sont pas prises en considération. L'erreur-type est calculée en utilisant la formule de Greenwood. La normalisation selon l'âge est effectuée par la méthode directe selon la population-type de 1991, l'erreur-type de Greenwood étant gonflée pour tenir compte de la normalisation.

Taux d'arthroplasties complètes de la hanche et du genou







DEFINITION :

Le taux (par 100 000 habitants) d'arthroplasties complètes de la hanche ou du genou, normalisé selon l'âge, chez les patients hospitalisés dans un centre de soins actifs dans une année donnée.

ANALYSE :

De 1995-1996 à 1999-2000, le taux d'arthroplasties complètes de la hanche a augmenté chez les hommes et les femmes, à la fois à l'échelle nationale et provinciale. Le taux d'arthroplasties complètes de la hanche chez les hommes du Nouveau-Brunswick était sensiblement supérieur au taux moyen chez les hommes à l'échelle nationale durant toutes les années de 1995-1996 à 1999-2000. Durant la même période, le taux d'arthroplasties complètes de la hanche chez les femmes du Nouveau-Brunswick a quelque peu varié d'une année à l'autre, mais était en moyenne très semblable au taux moyen chez les femmes canadiennes.

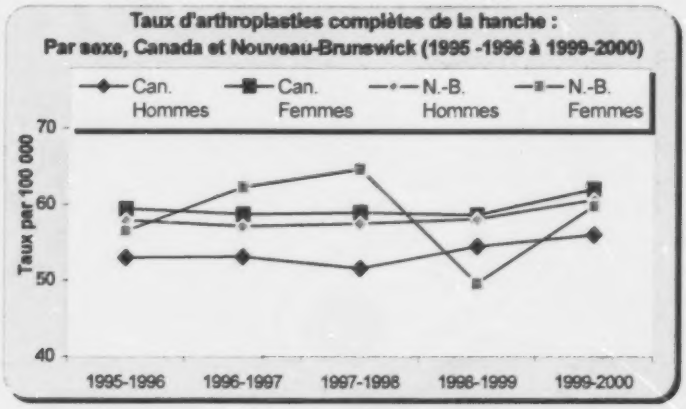
De 1995-1996 à 1999-2000, le taux d'arthroplasties complètes du genou affichait une tendance constante à la hausse chez les hommes et les femmes à la fois aux niveaux national et provincial. De 1995-1996 à 1999-2000, le taux chez les hommes au Canada et au Nouveau-Brunswick a augmenté de plus ou moins 21 %. Au cours de la même période, le taux chez les femmes canadiennes a augmenté d'environ 17 % et, chez les femmes du Nouveau-Brunswick, d'environ 22 %.

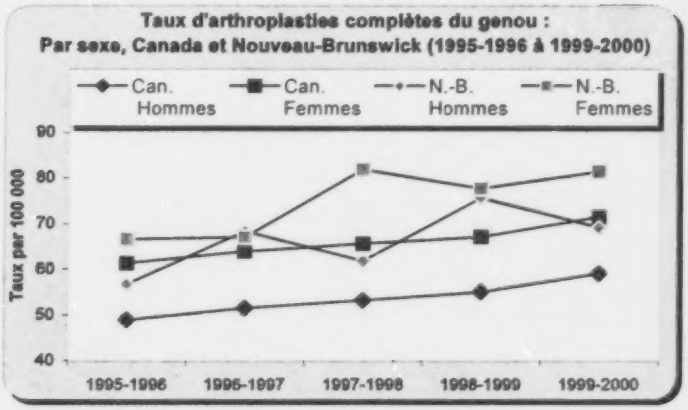
En 1999-2000, les taux d'arthroplasties complètes de la hanche étaient pratiquement identiques chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick. À l'échelle nationale, le taux chez les femmes était légèrement supérieur à celui chez les hommes. Durant la même période, les hommes du Nouveau-Brunswick affichaient un taux d'arthroplasties complètes de la hanche légèrement plus élevé que chez les hommes à l'échelle nationale, tandis que les femmes du Nouveau-Brunswick avaient un taux légèrement inférieur à celui chez les femmes canadiennes.

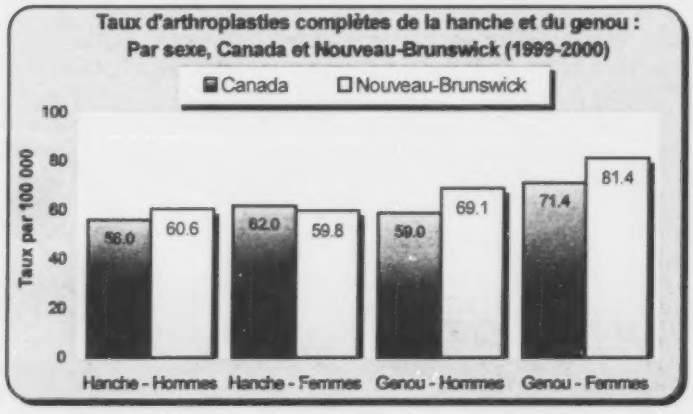
Au Canada et au Nouveau-Brunswick, les taux d'arthroplasties complètes du genou étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes en 1999-2000. Le taux chez les femmes du Nouveau-Brunswick était sensiblement supérieur à celui chez les hommes du Nouveau-Brunswick, et d'environ 14 % supérieur au taux chez les femmes canadiennes. Le taux d'arthroplasties complètes du genou chez les hommes du Nouveau-Brunswick était d'environ 17 % supérieur à la moyenne nationale chez les hommes en 1999-2000.

Il est prouvé que les remplacements de hanche et de genou améliorent considérablement la qualité de vie en matière de santé, particulièrement chez les personnes âgées.

Taux d'arthroplasties complètes de la hanche et du genou







DÉFINITION :

Le taux (par 100 000 habitants) d'arthroplasties complètes de la hanche ou du genou, normalisé selon l'âge, chez les patients hospitalisés dans un centre de soins actifs dans une année donnée.

ANALYSE :

De 1995-1996 à 1999-2000, le taux d'arthroplasties complètes de la hanche a augmenté chez les hommes et les femmes, à la fois à l'échelle nationale et provinciale. Le taux d'arthroplasties complètes de la hanche chez les hommes du Nouveau-Brunswick était sensiblement supérieur au taux moyen chez les hommes à l'échelle nationale durant toutes les années de 1995-1996 à 1999-2000. Durant la même période, le taux d'arthroplasties complètes de la hanche chez les femmes du Nouveau-Brunswick a quelque peu varié d'une année à l'autre, mais était en moyenne très semblable au taux moyen chez les femmes canadiennes.

De 1995-1996 à 1999-2000, le taux d'arthroplasties complètes du genou affichait une tendance constante à la hausse chez les hommes et les femmes à la fois aux niveaux national et provincial. De 1995-1996 à 1999-2000, le taux chez les hommes au Canada et au Nouveau-Brunswick a augmenté de plus ou moins 21 %. Au cours de la même période, le taux chez les femmes canadiennes a augmenté d'environ 17 % et, chez les femmes du Nouveau-Brunswick, d'environ 22 %.

En 1999-2000, les taux d'arthroplasties complètes de la hanche étaient pratiquement identiques chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick. À l'échelle nationale, le taux chez les femmes était légèrement supérieur à celui chez les hommes. Durant la même période, les hommes du Nouveau-Brunswick affichaient un taux d'arthroplasties complètes de la hanche légèrement plus élevé que chez les hommes à l'échelle nationale, tandis que les femmes du Nouveau-Brunswick avaient un taux légèrement inférieur à celui chez les femmes canadiennes.

Au Canada et au Nouveau-Brunswick, les taux d'arthroplasties complètes du genou étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes en 1999-2000. Le taux chez les femmes du Nouveau-Brunswick était sensiblement supérieur à celui chez les hommes du Nouveau-Brunswick, et d'environ 14 % supérieur au taux chez les femmes canadiennes. Le taux d'arthroplasties complètes du genou chez les hommes du Nouveau-Brunswick était d'environ 17 % supérieur à la moyenne nationale chez les hommes en 1999-2000.

Il est prouvé que les remplacements de hanche et de genou améliorent considérablement la qualité de vie en matière de santé, particulièrement chez les personnes âgées.

Tableau 6.1 Taux d'arthroplasties complètes de la hanche

Taux d'arthroplasties complètes de la hanche :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1995-1996 à 1999-2000)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1995-1996	56.8	57.7	53.0	57.9	59.4	56.5
1996-1997	56.3	60.2	53.1	57.1	58.7	62.2
1997-1998	55.8	61.8	51.6	57.5	58.9	64.6
1998-1999	57.0	53.9	54.5	58.1	58.6	49.6
1999-2000	59.5	60.5	56.0	60.6	62.0	59.8

Tableau 6.2 Taux d'arthroplasties complètes du genou

Taux d'arthroplasties complètes du genou :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1995-1996 à 1999-2000)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1995-1996	55.6	62.8	48.9	56.8	61.3	66.6
1996-1997	58.1	67.3	51.5	68.3	63.9	67.0
1997-1998	59.9	72.7	53.2	61.9	65.6	81.9
1998-1999	61.4	76.8	55.0	75.6	67.1	77.7
1999-2000	65.6	75.8	59.0	69.1	71.4	81.4

Spécifications techniques :

Exclusions : *Les patients qui ne sont pas traités comme malades hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs et ceux qui ont subi leur chirurgie avant d'être admis.*

Numérateur : *Le nombre de malades hospitalisés qui ont quitté les hôpitaux de soins actifs (congés, sorties et décès) où le patient a subi une arthroplastie complète de la hanche ou du genou au cours de l'année, par catégories d'âge et par sexe.*

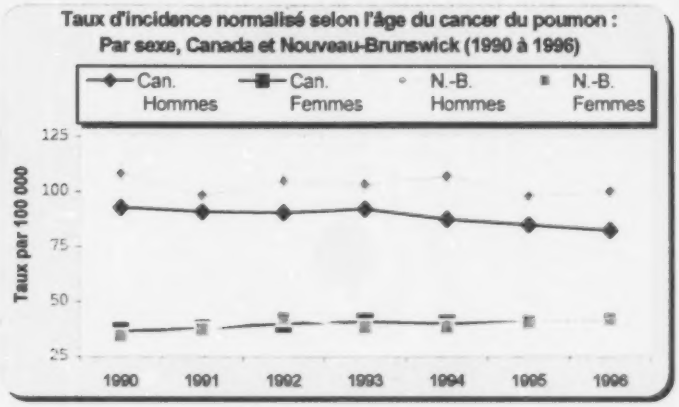
Dénominateur : *Population par catégories d'âge et par sexe, selon le recensement ou selon les prévisions de recensement, pour l'année.*

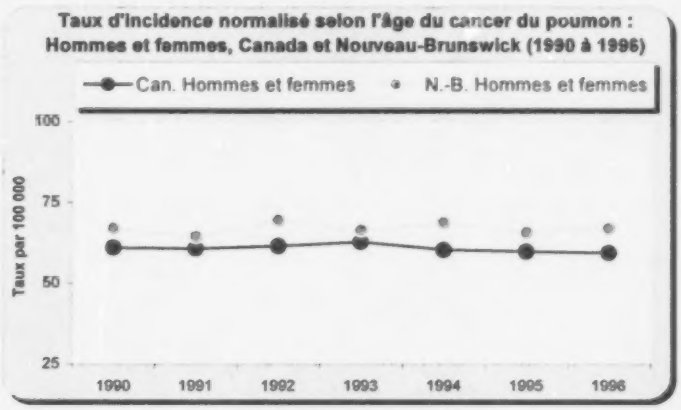
Sources : *Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS. Recensement Canada, Statistique Canada; ISQ.*

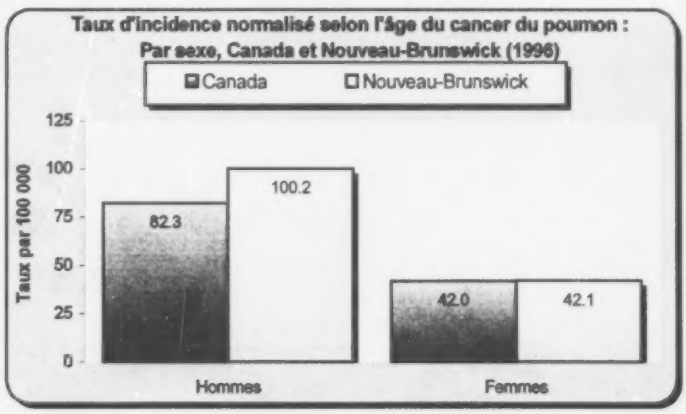
Calcul : *Les taux normalisés sont redressés selon l'âge en utilisant une méthode directe de normalisation fondée sur la population canadienne au 1er juillet 1991, comme suit :*

Âge	*Pop.*	*Âge*	*Pop.*
<1	*403 061*	*45 à 49*	*1 674 153*
1 à 4	*1 550 285*	*50 à 54*	*1 339 902*
5 à 9	*1 953 045*	*55 à 59*	*1 238 441*
10 à 14	*1 913 115*	*60 à 64*	*1 190 217*
15 à 19	*1 926 090*	*65 à 69*	*1 084 588*
20 à 24	*2 109 452*	*70 à 74*	*834 024*
25 à 29	*2 529 239*	*75 à 79*	*622 221*
30 à 34	*2 598 289*	*80 à 84*	*382 303*
35 à 39	*2 344 872*	*85 à 89*	*192 410*
40 à 44	*2 138 891*	*90+*	*95 67*

Taux d'incidence du cancer du poumon







DÉFINITION :

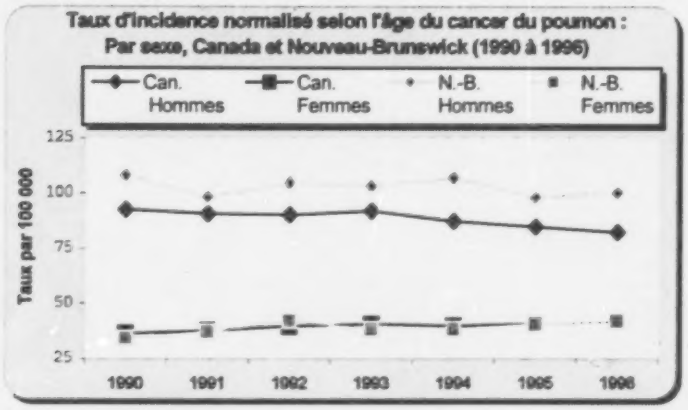
C'est le nombre de nouveaux cas de cancers primitifs du poumon par 100 000 habitants qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick au cours d'une année donnée s'étaient maintenus chez cette population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année entre les provinces et territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge mesurent l'apparition de nouveaux cas diagnostiqués.

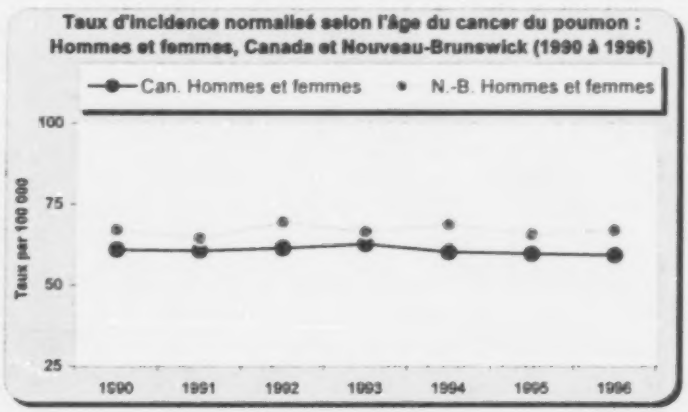
ANALYSE :

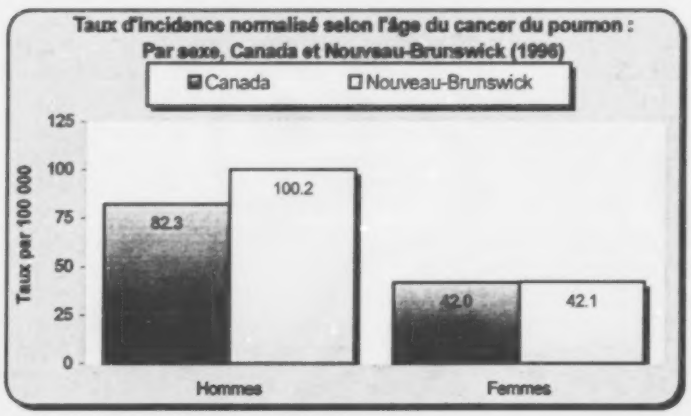
Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes canadiens a diminué d'environ 11 % entre 1990 et 1996. Chez les hommes du Nouveau-Brunswick le taux d'incidence du cancer du poumon a diminué d'environ 7 % au cours de la même période. Le taux d'incidence du cancer du poumon a augmenté d'environ 15 % chez les femmes canadiennes et de 22 % chez les femmes du Nouveau-Brunswick de 1990 à 1996. Ces tendances opposées chez les deux sexes se sont traduites par une modification peu marquée du taux global d'incidence de cancer du poumon soit au Nouveau-Brunswick ou dans l'ensemble du Canada.

Les hommes ont généralement connu un taux d'incidence de cancer du poumon supérieur à celui des femmes, bien que la différence entre les deux sexes ait diminué au cours de la dernière décennie. En 1996, le risque d'un diagnostic du cancer du poumon pour les femmes canadiennes était de 49 % inférieur à celui pour les hommes canadiens. Chez les femmes du Nouveau-Brunswick, il était de 58 % inférieur à celui des hommes du Nouveau-Brunswick. Cette différence entre les deux sexes au Nouveau-Brunswick est due au fait que le taux d'incidence pour les hommes du Nouveau-Brunswick était de 22 % supérieur au taux chez les hommes canadiens en 1996, alors que chez les femmes du Nouveau-Brunswick, il correspondait à la moyenne nationale chez les femmes.

Taux d'incidence du cancer du poumon







DÉFINITION :

C'est le nombre de nouveaux cas de cancers primitifs du poumon par 100 000 habitants qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick au cours d'une année donnée s'étaient maintenus chez cette population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année entre les provinces et territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge mesurent l'apparition de nouveaux cas diagnostiqués.

ANALYSE :

Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes canadiens a diminué d'environ 11 % entre 1990 et 1996. Chez les hommes du Nouveau-Brunswick le taux d'incidence du cancer du poumon a diminué d'environ 7 % au cours de la même période. Le taux d'incidence du cancer du poumon a augmenté d'environ 15 % chez les femmes canadiennes et de 22 % chez les femmes du Nouveau-Brunswick de 1990 à 1996. Ces tendances opposées chez les deux sexes se sont traduites par une modification peu marquée du taux global d'incidence de cancer du poumon soit au Nouveau-Brunswick ou dans l'ensemble du Canada.

Les hommes ont généralement connu un taux d'incidence de cancer du poumon supérieur à celui des femmes, bien que la différence entre les deux sexes ait diminué au cours de la dernière décennie. En 1996, le risque d'un diagnostic du cancer du poumon pour les femmes canadiennes était de 49 % inférieur à celui pour les hommes canadiens. Chez les femmes du Nouveau-Brunswick, il était de 58 % inférieur à celui des hommes du Nouveau-Brunswick. Cette différence entre les deux sexes au Nouveau-Brunswick est due au fait que le taux d'incidence pour les hommes du Nouveau-Brunswick était de 22 % supérieur au taux chez les hommes canadiens en 1996, alors que chez les femmes du Nouveau-Brunswick, il correspondait à la moyenne nationale chez les femmes.

Tableau 7.1.1 Taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du poumon

Taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du poumon :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1996)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1990	60.9	66.9	92.7	108.2	36.5	34.5
1991	60.6	64.3	90.7	98.2	37.7	37.2
1992	61.4	69.4	90.3	104.8	39.6	42.1
1993	62.7	66.3	91.9	103.3	40.6	38.5
1994	60.2	68.6	87.3	107.0	39.8	38.5
1995	59.7	65.6	84.8	97.9	40.8	40.7
1996	59.2	66.9	82.3	100.2	42.0	42.1

Spécifications techniques :

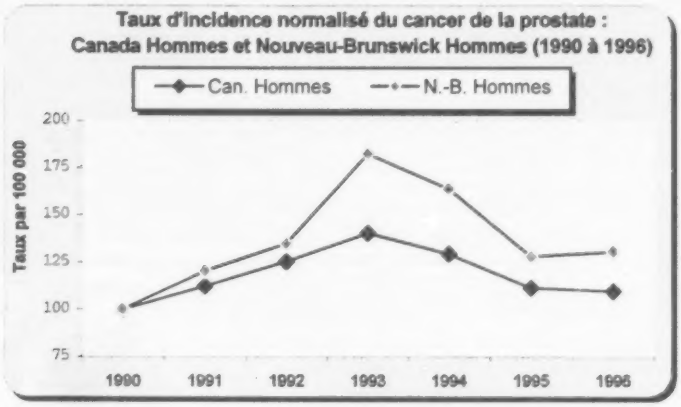
Exclusions : *Les non-résidents du Canada.*

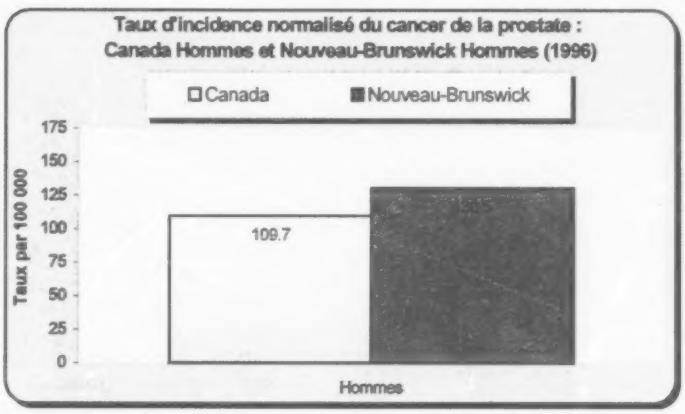
Source : *Statistique Canada, le Registre canadien du cancer et la Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.*

Calcul : *Le taux normalisé selon l'âge pour chaque siège de cancer est calculé en multipliant chaque taux de mortalité par âge observé chez la population-type dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population-type totale. La population canadienne de 1991 est utilisée comme population-type.*

Références : *Statistique Canada. Incidence du cancer (tableaux standards du RCC, règles du CIRC).*

Taux d'incidence du cancer de la prostate





DÉFINITION :

C'est le nombre de nouveaux cas de cancers primitifs de la prostate par 100 000 hommes, qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick au cours d'une année donnée s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année entre les provinces et territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge mesurent le taux d'apparition de nouveaux cas diagnostiqués.

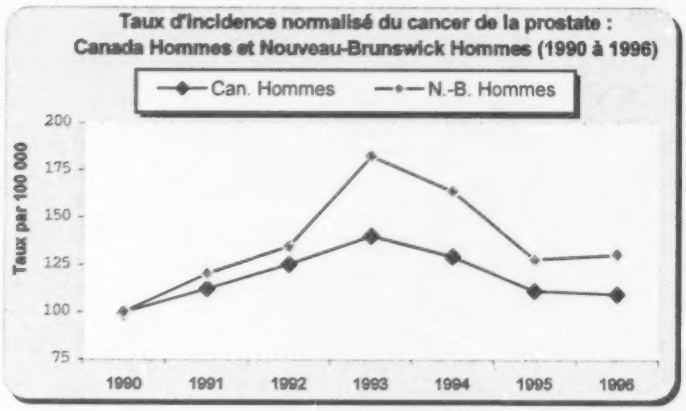
ANALYSE :

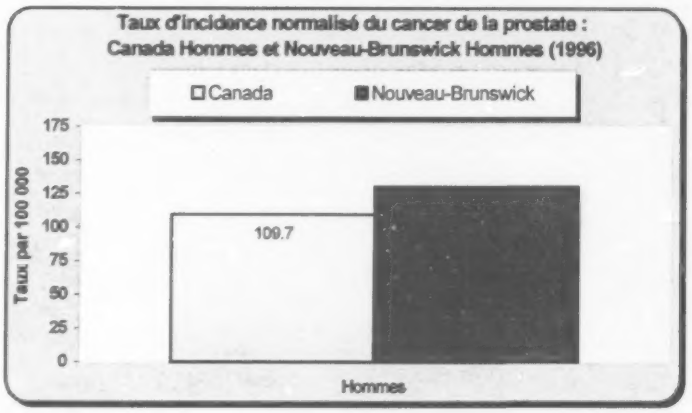
De 1990 à 1993, l'incidence du cancer de la prostate a augmenté considérablement au Canada et au Nouveau-Brunswick. Après 1993, les taux ont quelque peu diminué mais sont demeurés plus élevés qu'au début de la décennie. En 1996, le taux d'incidence du cancer de la prostate chez les hommes canadiens était d'environ de 10 % supérieur à celui de 1990. Chez les hommes du Nouveau-Brunswick, le taux d'incidence en 1996 était d'environ 30 % supérieur au taux de 1990.

Le taux d'incidence du cancer de la prostate au Nouveau-Brunswick s'est maintenu de manière soutenue au-dessus de la moyenne nationale de 1990 à 1996. En 1996, le taux au Nouveau-Brunswick était d'environ 19 % supérieur à la moyenne canadienne.

De nombreux facteurs, y compris l'hérédité, le mode de vie et le métier, sont reliés au risque de cancer de la prostate. Les différences entre les provinces et territoires en ce qui concerne l'incidence observée du cancer de la prostate pourraient aussi avoir été influencées par les différences existant dans le dépistage précoce et les pratiques de dépistage. Puisque le cancer de la prostate survient généralement chez les hommes plus âgés, on peut s'attendre à ce que l'incidence de la maladie augmente à mesure que se prolonge la durée de vie moyenne des hommes canadiens.

Taux d'incidence du cancer de la prostate





DÉFINITION :

C'est le nombre de nouveaux cas de cancers primitifs de la prostate par 100 000 hommes, qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick au cours d'une année donnée s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année entre les provinces et territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge mesurent le taux d'apparition de nouveaux cas diagnostiqués.

ANALYSE :

De 1990 à 1993, l'incidence du cancer de la prostate a augmenté considérablement au Canada et au Nouveau-Brunswick. Après 1993, les taux ont quelque peu diminué mais sont demeurés plus élevés qu'au début de la décennie. En 1996, le taux d'incidence du cancer de la prostate chez les hommes canadiens était d'environ de 10 % supérieur à celui de 1990. Chez les hommes du Nouveau-Brunswick, le taux d'incidence en 1996 était d'environ 30 % supérieur au taux de 1990.

Le taux d'incidence du cancer de la prostate au Nouveau-Brunswick s'est maintenu de manière soutenue au-dessus de la moyenne nationale de 1990 à 1996. En 1996, le taux au Nouveau-Brunswick était d'environ 19 % supérieur à la moyenne canadienne.

De nombreux facteurs, y compris l'hérédité, le mode de vie et le métier, sont reliés au risque de cancer de la prostate. Les différences entre les provinces et territoires en ce qui concerne l'incidence observée du cancer de la prostate pourraient aussi avoir été influencées par les différences existant dans le dépistage précoce et les pratiques de dépistage. Puisque le cancer de la prostate survient généralement chez les hommes plus âgés, on peut s'attendre à ce que l'incidence de la maladie augmente à mesure que se prolonge la durée de vie moyenne des hommes canadiens.

Tableau 7.1.2 Taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer de la prostate

Taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer de la prostate :
Hommes, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1996)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes	
Année	**Canada**	**N.-B.**
1990	99.8	100.1
1991	112.3	120.2
1992	125.3	134.7
1993	140.4	182.5
1994	129.4	163.9
1995	111.3	128.0
1996	109.7	130.5

Spécifications techniques :

Exclusions : *Les non-résidents du Canada.*

Source : *Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.*

Calcul : *Le taux normalisé selon l'âge pour chaque siège de cancer est calculé en multipliant chaque taux d'incidence par âge observé chez la population-type dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population-type totale. La population canadienne de 1991 est utilisée comme population-type.*

Références : *Statistique Canada. Incidence du cancer (tableaux standards du RCC, règles du CIRC).*

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

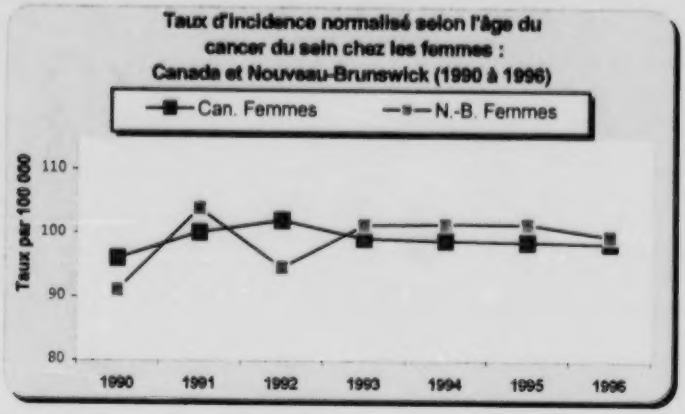
LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

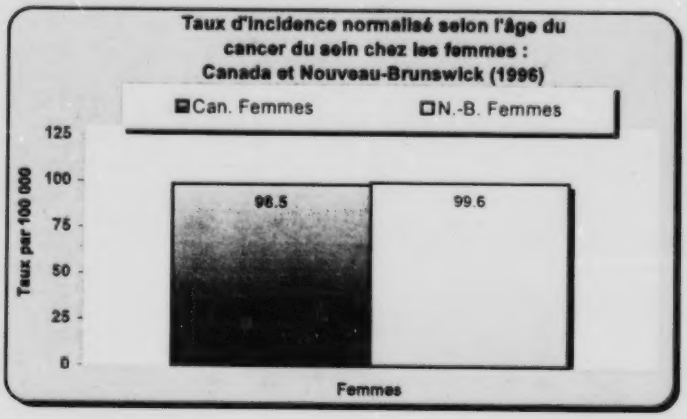
LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Taux d'incidence du cancer du sein





DÉFINITION :

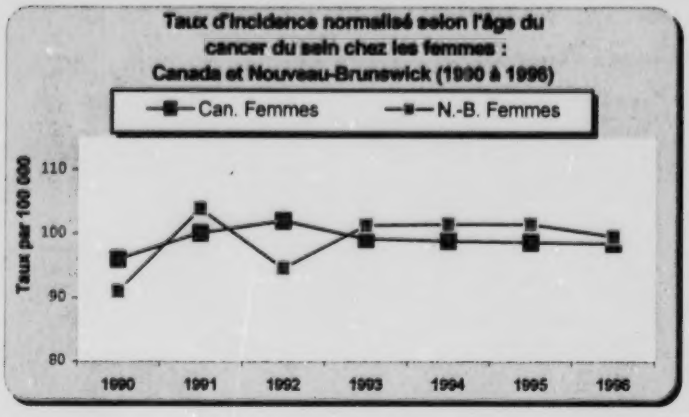
C'est le nombre de nouveaux cas de cancers primitifs du sein par 100 000 femmes, qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick au cours d'une année donnée s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année et entre les provinces et territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge mesurent le taux d'apparition de nouveaux cas diagnostiqués.

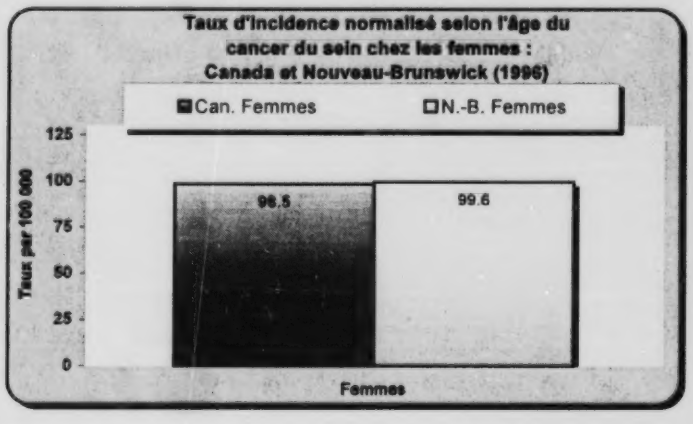
ANALYSE :

De 1990 à 1996, le taux d'incidence du cancer du sein a varié, mais n'a affiché aucune tendance marquée à la hausse ou à la baisse, ni au Nouveau-Brunswick ni dans l'ensemble du Canada. Entre 1993 et 1996, au Nouveau-Brunswick, le taux d'incidence du cancer du sein est demeuré constamment supérieur à la moyenne canadienne. Cependant en 1996, le taux au Nouveau-Brunswick a différé de la moyenne nationale par moins de 2 %.

De nombreux facteurs, y compris l'hérédité et le mode de vie, sont reliés au risque de développer le cancer du sein. Le risque augmente également avec l'âge. On peut donc prévoir que l'incidence de la maladie ira en augmentant à mesure que la population vieillit.

Taux d'incidence du cancer du sein





DÉFINITION :

C'est le nombre de nouveaux cas de cancers primitifs du sein par 100 000 femmes, qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick au cours d'une année donnée s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année et entre les provinces et territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge mesurent le taux d'apparition de nouveaux cas diagnostiqués.

ANALYSE :

De 1990 à 1996, le taux d'incidence du cancer du sein a varié, mais n'a affiché aucune tendance marquée à la hausse ou à la baisse, ni au Nouveau-Brunswick ni dans l'ensemble du Canada. Entre 1993 et 1996, au Nouveau-Brunswick, le taux d'incidence du cancer du sein est demeuré constamment supérieur à la moyenne canadienne. Cependant en 1996, le taux au Nouveau-Brunswick a différé de la moyenne nationale par moins de 2 %.

De nombreux facteurs, y compris l'hérédité et le mode de vie, sont reliés au risque de développer le cancer du sein. Le risque augmente également avec l'âge. On peut donc prévoir que l'incidence de la maladie ira en augmentant à mesure que la population vieillit.

Tableau 2.1.3 Taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du sein chez les femmes

Taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer du sein chez les femmes :
Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1996)
Taux par 100 000 femmes

	Femmes	
Année	**Canada**	**N.-B.**
1990	96.0	91.0
1991	100.1	103.9
1992	102.0	94.6
1993	99.2	101.3
1994	98.9	101.5
1995	98.7	101.5
1996	98.5	99.6

Spécifications techniques :

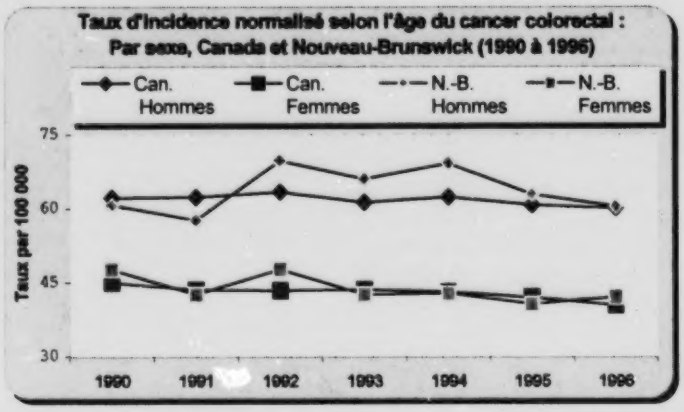
Exclusions : *Les non-résidents du Canada.*

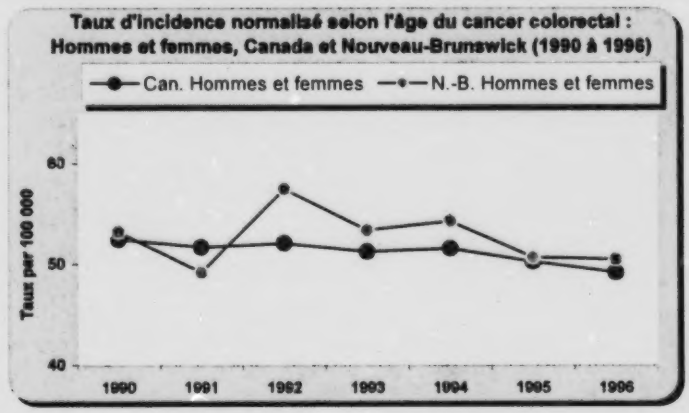
Source : *Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.*

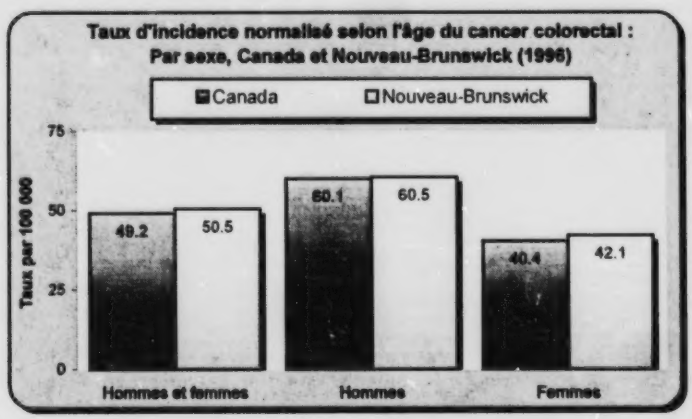
Calcul : *Le taux normalisé selon l'âge pour chaque siège de cancer est calculé en multipliant chaque taux d'incidence par âge observé chez la population-type dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population-type totale. La population canadienne de 1991 est utilisée comme population-type.*

Références : *Statistique Canada. Incidence du cancer (tableaux standards du RCC, règles du CIRC).*

Taux d'incidence du cancer colorectal







DÉFINITION :

C'est le nombre de nouveaux cas de cancers primitifs colorectaux par 100 000 habitants, qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick au cours d'une année donnée s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année et entre les provinces et territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge mesurent le taux d'apparition de nouveaux cas diagnostiqués.

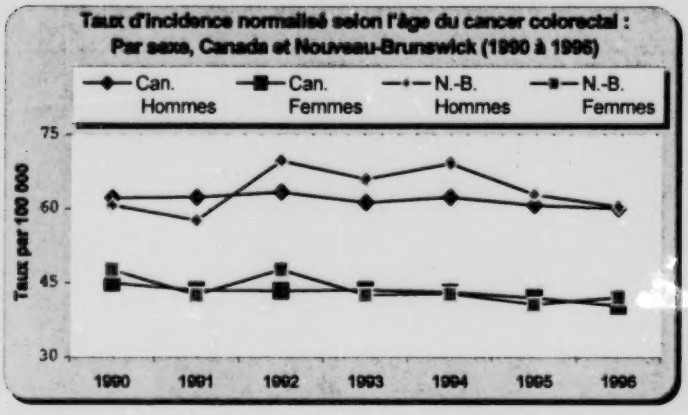
ANALYSE :

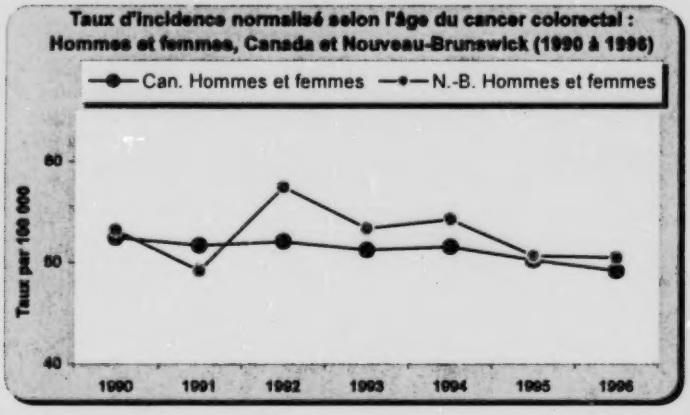
Le taux d'incidence du cancer colorectal chez les hommes canadiens a légèrement diminué, soit de 62,2 par 100 000 habitants en 1990 à 60,1 en 1996. Chez les hommes du Nouveau-Brunswick, le taux d'incidence du cancer colorectal n'a connu de tendance persistante ni à la hausse ni à la baisse au cours de la période de 1990 à 1996. Au cours de la même période, le taux d'incidence du cancer colorectal chez les femmes a connu une tendance à la baisse tant au Nouveau-Brunswick que dans l'ensemble du Canada. De 1990 à 1996, le taux de cancer chez les femmes du Nouveau-Brunswick a diminué de 11,6 %, tandis que le taux chez les femmes à l'échelle nationale a chuté de 10,2 %.

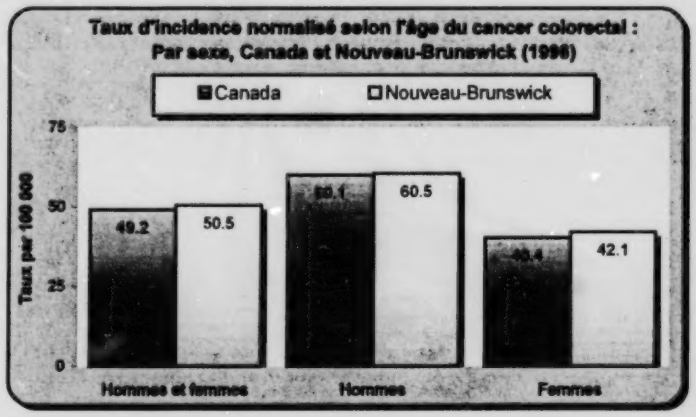
Chez l'ensemble des hommes et des femmes à l'échelle nationale, le taux d'incidence du cancer colorectal a diminué d'environ 6 % de 1990 à 1996. Durant la même période au Nouveau-Brunswick, le taux pour l'ensemble des hommes et des femmes a diminué d'environ 5 %. Traditionnellement, le taux d'incidence du cancer colorectal est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes, et cette tendance s'est maintenue à la fois à l'échelle provinciale et nationale.

À l'exception du taux chez les hommes de 1992 à 1994, les taux de cancer colorectal au Nouveau-Brunswick ont été généralement semblables à la moyenne nationale. En 1996, le taux chez les femmes du Nouveau-Brunswick était légèrement supérieur à la moyenne nationale, tandis chez les hommes, ce taux était pratiquement identique à la moyenne nationale. On estime que la baisse de l'incidence du cancer colorectal serait liée à une alimentation et à un mode de vie plus sains.

Taux d'incidence du cancer colorectal







DÉFINITION :

C'est le nombre de nouveaux cas de cancers primitifs colorectaux par 100 000 habitants, qui surviendraient parmi la population-type si les taux spécifiques selon l'âge observés au Nouveau-Brunswick au cours d'une année donnée s'étaient maintenus chez la population-type. Les taux sont normalisés selon l'âge et selon la population canadienne de 1991. La normalisation selon l'âge permet de comparer les taux par année et entre les provinces et territoires dont les populations comptent des proportions différentes de personnes âgées et de personnes jeunes. Les taux d'incidence normalisés selon l'âge mesurent le taux d'apparition de nouveaux cas diagnostiqués.

ANALYSE :

Le taux d'incidence du cancer colorectal chez les hommes canadiens a légèrement diminué, soit de 62,2 par 100 000 habitants en 1990 à 60,1 en 1996. Chez les hommes du Nouveau-Brunswick, le taux d'incidence du cancer colorectal n'a connu de tendance persistante ni à la hausse ni à la baisse au cours de la période de 1990 à 1996. Au cours de la même période, le taux d'incidence du cancer colorectal chez les femmes a connu une tendance à la baisse tant au Nouveau-Brunswick que dans l'ensemble du Canada. De 1990 à 1996, le taux de cancer chez les femmes du Nouveau-Brunswick a diminué de 11,6 %, tandis que le taux chez les femmes à l'échelle nationale a chuté de 10,2 %.

Chez l'ensemble des hommes et des femmes à l'échelle nationale, le taux d'incidence du cancer colorectal a diminué d'environ 6 % de 1990 à 1996. Durant la même période au Nouveau-Brunswick, le taux pour l'ensemble des hommes et des femmes a diminué d'environ 5 %. Traditionnellement, le taux d'incidence du cancer colorectal est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes, et cette tendance s'est maintenue à la fois à l'échelle provinciale et nationale.

À l'exception du taux chez les hommes de 1992 à 1994, les taux de cancer colorectal au Nouveau-Brunswick ont été généralement semblables à la moyenne nationale. En 1996, le taux chez les femmes du Nouveau-Brunswick était légèrement supérieur à la moyenne nationale, tandis chez les hommes, ce taux était pratiquement identique à la moyenne nationale. On estime que la baisse de l'incidence du cancer colorectal serait liée à une alimentation et à un mode de vie plus sains.

Tableau 7.1.4 Taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer colorectal

Taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer colorectal :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1996)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1990	52.5	53.2	62.2	60.8	45.0	47.6
1991	51.7	49.2	62.3	57.7	43.5	42.6
1992	52.1	57.5	63.4	69.7	43.4	47.7
1993	51.3	53.4	61.3	66.0	43.6	42.6
1994	51.6	54.3	62.4	69.2	43.1	42.8
1995	50.3	50.7	60.8	62.9	42.0	40.7
1996	49.2	50.5	60.1	60.5	40.4	42.1

Spécifications techniques :

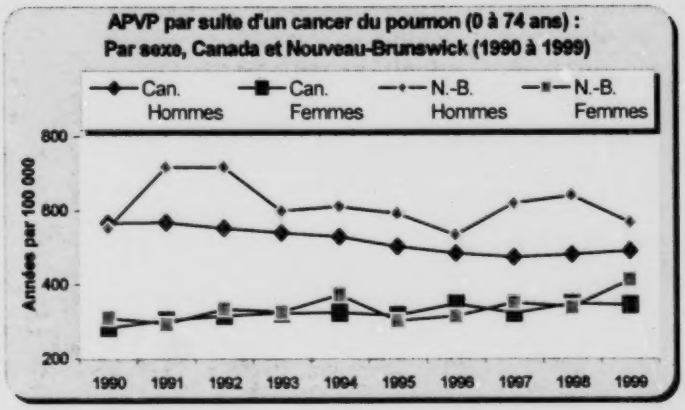
Exclusions : *Les non-résidents du Canada.*

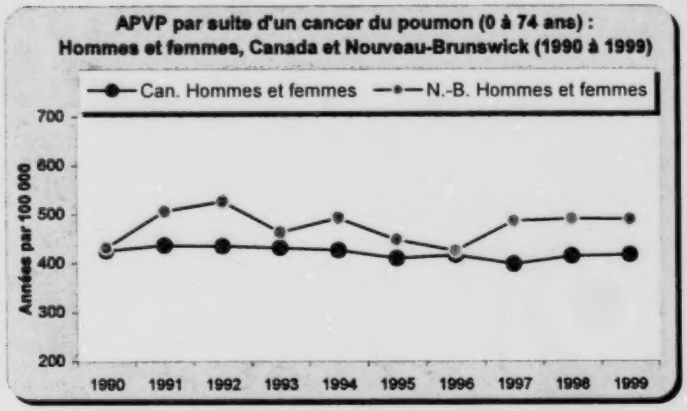
Source : *Statistique Canada, Registre canadien du cancer et Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.*

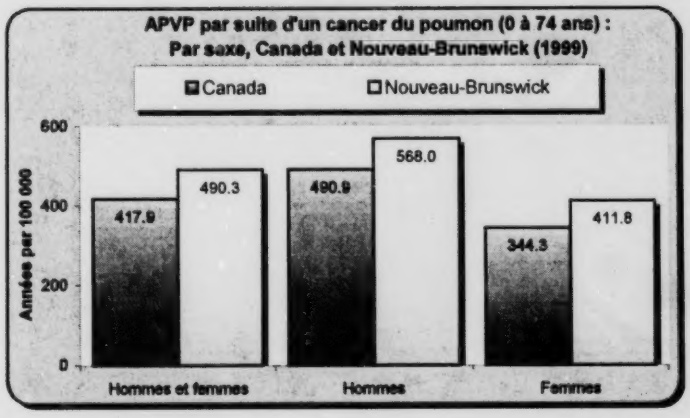
Calcul : *Le taux normalisé selon l'âge pour chaque siège de cancer est calculé en multipliant chaque taux d'incidence par âge observé chez la population-type dans le groupe d'âge correspondant, en additionnant les résultats, en multipliant la somme par 100 000, puis en divisant le produit par la population-type totale. La population canadienne de 1991 est utilisée comme population-type.*

Références : *Statistique Canada. Incidence du cancer (tableaux standards du RCC, règles du CIRC).*

Années potentielles de vie perdues en raison du cancer du poumon







DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple, la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP en raison du cancer du poumon reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés dûs au cancer du poumon.

ANALYSE :

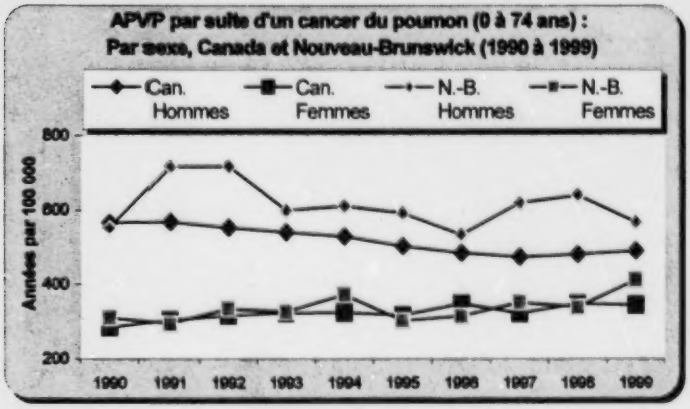
Au cours de la dernière décennie, les APVP imputables au cancer du poumon ont diminué d'environ 13 % chez les hommes canadiens, mais il n'y a eu aucune tendance à la hausse ni à la baisse chez les hommes du Nouveau-Brunswick. Chez les femmes du Nouveau-Brunswick et du Canada, les APVP imputables au cancer du poumon ont augmenté de 1990 à 1999. Le taux chez les femmes du Nouveau-Brunswick a augmenté de plus ou moins 33 % de 1990 à 1999, tandis que chez les femmes à l'échelle nationale, la moyenne a augmenté d'environ 21 % au cours de la même période. Le taux global d'APVP à l'échelle nationale (chez les deux sexes) affichait une légère tendance à la baisse. Pour le Nouveau-Brunswick cependant, le nombre total d'APVP imputables au cancer du poumon a très peu varié en général au cours des années 90.

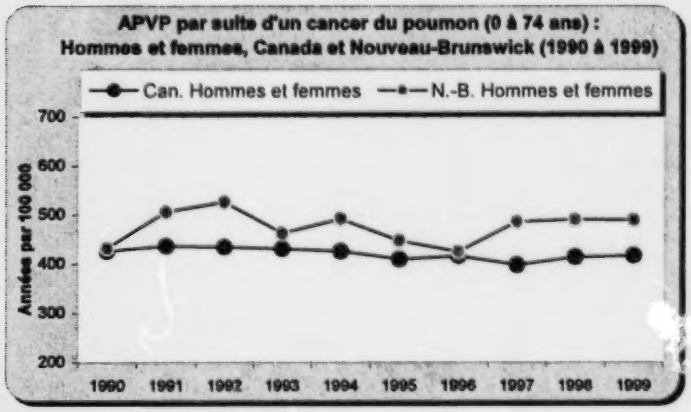
Le nombre d'APVP en raison du cancer du poumon chez les hommes du Nouveau-Brunswick était supérieur à la moyenne nationale durant toutes les années, sauf une, de 1990 à 1999. En 1999, le taux chez les hommes du Nouveau-Brunswick était près de 16 % supérieur à la moyenne chez les hommes à l'échelle nationale. En 1999, le nombre d'APVP chez les femmes du Nouveau-Brunswick était près de 20 % supérieur à celui chez l'ensemble des femmes au pays. Toutefois, durant les dix années de 1990 à 1999, le taux moyen chez les femmes du Nouveau-Brunswick différait par moins de 4% du taux chez les femmes à l'échelle nationale.

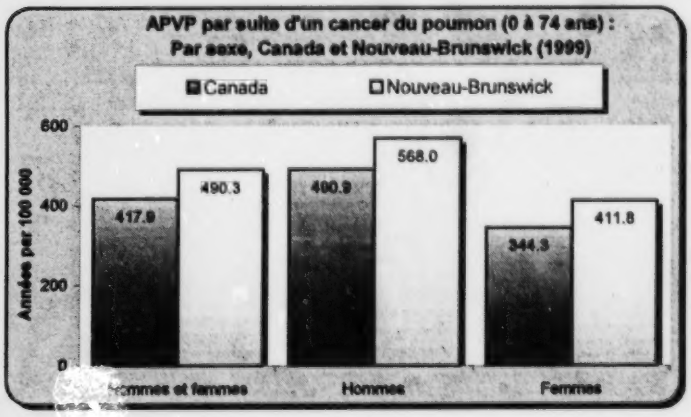
Tout comme pour les taux de mortalité et d'incidence, le nombre d'APVP en raison du cancer du poumon a toujours été beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Mais le fossé s'est considérablement rétréci au cours de la dernière décennie. En 1999, chez les hommes canadiens, le nombre d'années de vie perdues en raison du cancer du poumon était de plus ou moins 43 % supérieur à celui chez les femmes canadiennes. Durant la même année, le nombre d'APVP en raison du cancer du poumon chez les hommes du Nouveau-Brunswick était d'environ 38 % supérieur à celui des femmes du Nouveau-Brunswick.
Les différences de taux d'APVP reflètent les différences parmi les divers facteurs sous-jacents d'incidence du cancer du poumon ainsi que les différents degrés de succès dans le traitement de la maladie.

Années potentielles de vie perdues en raison du cancer du poumon







DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple, la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP en raison du cancer du poumon reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés dûs au cancer du poumon.

ANALYSE :

Au cours de la dernière décennie, les APVP imputables au cancer du poumon ont diminué d'environ 13 % chez les hommes canadiens, mais il n'y a eu aucune tendance à la hausse ni à la baisse chez les hommes du Nouveau-Brunswick. Chez les femmes du Nouveau-Brunswick et du Canada, les APVP imputables au cancer du poumon ont augmenté de 1990 à 1999. Le taux chez les femmes du Nouveau-Brunswick a augmenté de plus ou moins 33 % de 1990 à 1999, tandis que chez les femmes à l'échelle nationale, la moyenne a augmenté d'environ 21 % au cours de la même période. Le taux global d'APVP à l'échelle nationale (chez les deux sexes) affichait une légère tendance à la baisse. Pour le Nouveau-Brunswick cependant, le nombre total d'APVP imputables au cancer du poumon a très peu varié en général au cours des années 90.

Le nombre d'APVP en raison du cancer du poumon chez les hommes du Nouveau-Brunswick était supérieur à la moyenne nationale durant toutes les années, sauf une, de 1990 à 1999. En 1999, le taux chez les hommes du Nouveau-Brunswick était près de 16 % supérieur à la moyenne chez les hommes à l'échelle nationale. En 1999, le nombre d'APVP chez les femmes du Nouveau-Brunswick était près de 20 % supérieur à celui chez l'ensemble des femmes au pays. Toutefois, durant les dix années de 1990 à 1999, le taux moyen chez les femmes du Nouveau-Brunswick différait par moins de 4% du taux chez les femmes à l'échelle nationale.

Tout comme pour les taux de mortalité et d'incidence, le nombre d'APVP en raison du cancer du poumon a toujours été beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Mais le fossé s'est considérablement rétréci au cours de la dernière décennie. En 1999, chez les hommes canadiens, le nombre d'années de vie perdues en raison du cancer du poumon était de plus ou moins 43 % supérieur à celui chez les femmes canadiennes. Durant la même année, le nombre d'APVP en raison du cancer du poumon chez les hommes du Nouveau-Brunswick était d'environ 38 % supérieur à celui des femmes du Nouveau-Brunswick.
Les différences de taux d'APVP reflètent les différences parmi les divers facteurs sous-jacents d'incidence du cancer du poumon ainsi que les différents degrés de succès dans le traitement de la maladie.

Tableau 7.2.1 Années potentielles de vie perdues en raison d'un cancer du poumon

Année potentielles de vie perdues en raison d'un cancer du poumon :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Années par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1990	426.1	432.3	567.1	553.6	284.2	310.1
1991	437.0	507.0	568.8	717.2	304.4	295.4
1992	435.2	526.6	553.2	717.4	316.4	334.4
1993	432.1	463.5	540.5	599.8	322.9	326.0
1994	427.0	492.7	529.1	611.5	324.2	372.6
1995	410.4	447.8	502.9	591.6	317.4	302.2
1996	417.0	425.5	485.1	534.4	348.6	315.2
1997	398.7	486.7	474.2	619.7	322.7	351.9
1998	414.6	490.8	480.5	640.1	348.2	339.8
1999	417.9	490.3	490.9	568.0	344.3	411.8

Spécifications techniques :

Exclusions : *Les non-résidents du Canada sont exclus des décès et des prévisions démographiques utilisés dans le numérateur et le dénominateur.*

Numérateur : *Décès de personnes de moins de 75 ans exactement, par groupe d'âge, par sexe et par cause. Il faut prendre le point milieu dans chaque groupe d'âge, le soustraire de 75 et multiplier le nombre de décès dans ce groupe d'âge désagrégé par sexe et par cause de décès. Cela représente les APVP.*

Dénominateur : *Prévisions démographiques (uniquement si l'on veut un taux; sinon, aucun dénominateur).*

Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques), ISQ.*

Calcul : *La formule est comme suit :*

Groupe d'âge	*Années perdues*
0 à 1	*74,9*
1 à 4	*72,0*
5 à 9	*67,5*
10 à 14	*62,5*
15 à 19	*57,5*
20 à 24	*52,5*
25 à 29	*47,5*
30 à 34	*42,5*
35 à 39	*37,5*
40 à 44	*32,5*
45 à 49	*27,5*
50 à 54	*22,5*
55 à 59	*17,5*
60 à 64	*12,5*
65 à 69	*7,5*
70 à 74	*2,5*

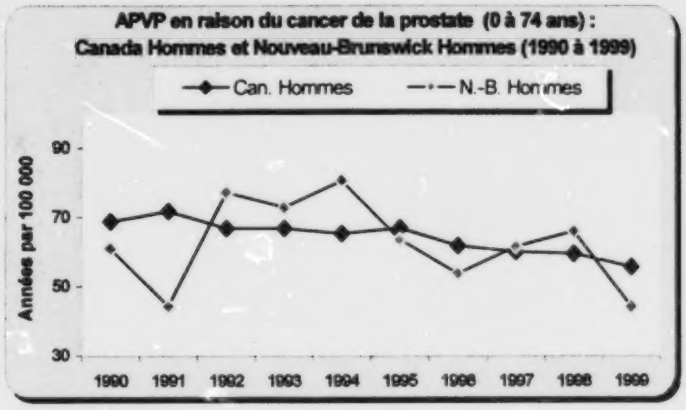
APVP totales = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues (selon le tableau ci-dessus).

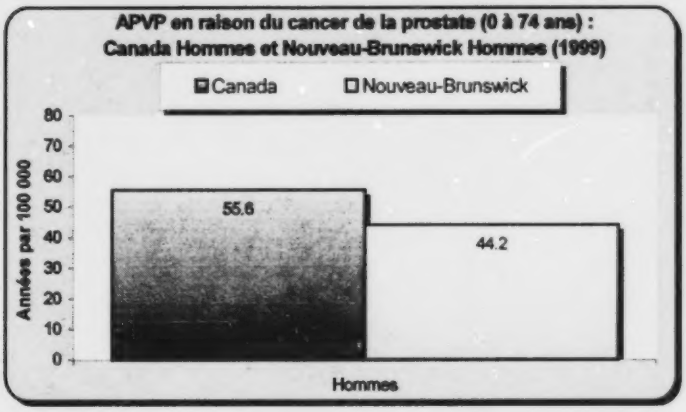
Taux brut d'APVP par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

Taux brut d'APVP par cause par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge dûs à des causes spécifiques multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

Références : *Pour les APVP avant l'âge de 75 ans : diverses publications internationales sur la santé; pour les APVP avant l'âge de 70 ans : Indicateurs de la santé de 1999 (Statistique Canada), Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (1999).*

Années potentielles de vie perdues en raison du cancer de la prostate





DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP en raison du cancer de la prostate reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés en raison du cancer de la prostate.

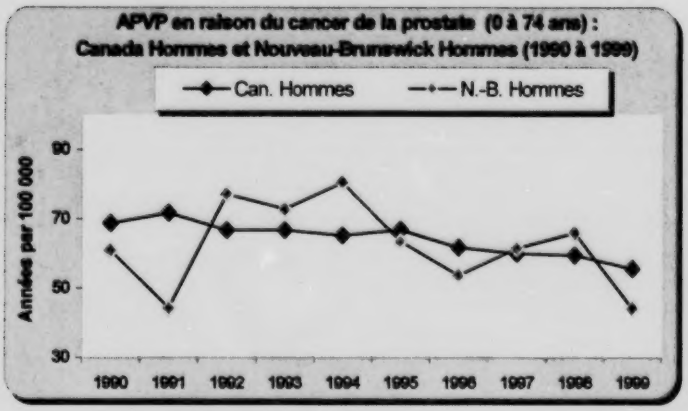
ANALYSE :

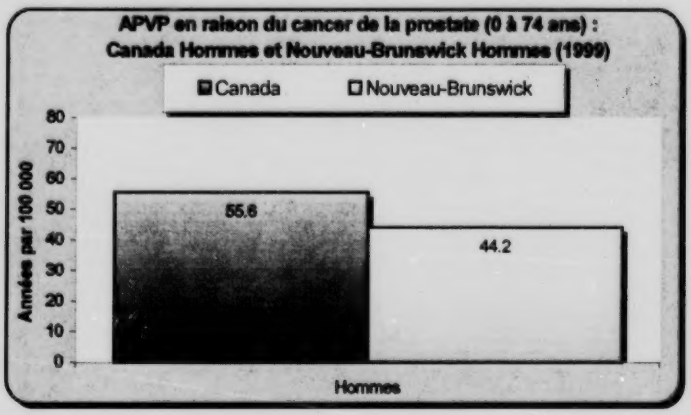
Entre 1990 et 1999, le nombre d'APVP en raison du cancer de la prostate a diminué d'environ 19 % au niveau national. Au Nouveau-Brunswick, le taux d'APVP a fluctué considérablement au cours de cette période, mais sans aucune tendance marquée à la hausse ou à la baisse.

En 1999, au Nouveau-Brunswick, le taux d'APVP en raison du cancer de la prostate était inférieur de près de 21% au taux national. Cependant, la moyenne durant la décennie de 1990 à 1999 n'était que d'environ 3 % inférieure à la moyenne nationale pour la même période.

La baisse du taux d'APVP en raison du cancer de la prostate est attribuable principalement au dépistage précoce et aux traitements plus perfectionnés de la maladie.

Années potentielles de vie perdues en raison du cancer de la prostate





DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP en raison du cancer de la prostate reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés en raison du cancer de la prostate.

ANALYSE :

Entre 1990 et 1999, le nombre d'APVP en raison du cancer de la prostate a diminué d'environ 19 % au niveau national. Au Nouveau-Brunswick, le taux d'APVP a fluctué considérablement au cours de cette période, mais sans aucune tendance marquée à la hausse ou à la baisse.

En 1999, au Nouveau-Brunswick, le taux d'APVP en raison du cancer de la prostate était inférieur de près de 21% au taux national. Cependant, la moyenne durant la décennie de 1990 à 1999 n'était que d'environ 3 % inférieure à la moyenne nationale pour la même période.

La baisse du taux d'APVP en raison du cancer de la prostate est attribuable principalement au dépistage précoce et aux traitements plus perfectionnés de la maladie.

Tableau 7.2.2 Années potentielles de vie perdues en raison d'un cancer de la prostate

Années potentielles de vie perdues en raison d'un cancer de la prostate :
Hommes, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Années par 100 000 habitants

	Hommes	
Année	**Canada**	**N.-B.**
1990	68.7	60.9
1991	71.7	44.3
1992	66.8	77.2
1993	66.8	72.9
1994	65.3	80.5
1995	66.9	63.6
1996	61.8	53.8
1997	60.0	61.5
1998	59.5	65.9
1999	55.6	44.2

Spécifications techniques *:*

Exclusions : *Les non-résidents du Canada sont exclus des décès et des prévisions démographiques utilisés dans le numérateur et le dénominateur.*

Numérateur : *Décès de personnes de moins de 75 ans exactement, par groupe d'âge, par sexe et par cause. Il faut prendre le point milieu dans chaque groupe d'âge, le soustraire de 75 et multiplier le nombre de décès dans ce groupe d'âge désagrégé par sexe et par cause de décès. Cela représente les APVP.*

Dénominateur : *Prévisions démographiques (uniquement si l'on veut un taux; sinon, aucun dénominateur).*

Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.*

Calcul : *La formule est comme suit :*

Groupe d'âge	*Années perdues*
0 à 1	*74,9*
1 à 4	*72,0*
5 à 9	*67,5*
10 à 14	*62,5*
15 à 19	*57,5*
20 à 24	*52,5*
25 à 29	*47,5*
30 à 34	*42,5*
35 à 39	*37,5*
40 à 44	*32,5*
45 à 49	*27,5*
50 à 54	*22,5*
55 à 59	*17,5*
60 à 64	*12,5*
65 à 69	*7,5*
70 à 74	*2,5*

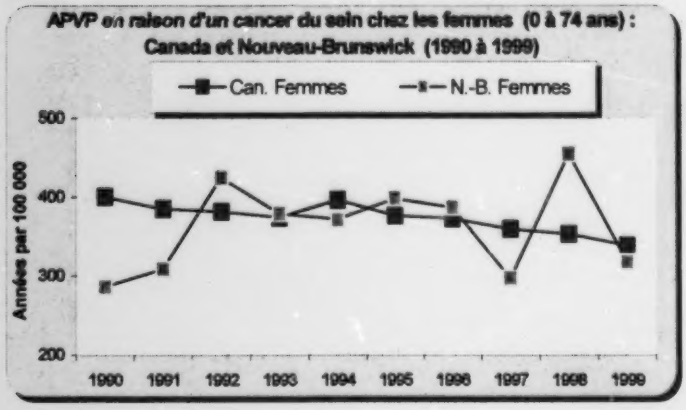
APVP totales = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues (selon le tableau ci-dessus).

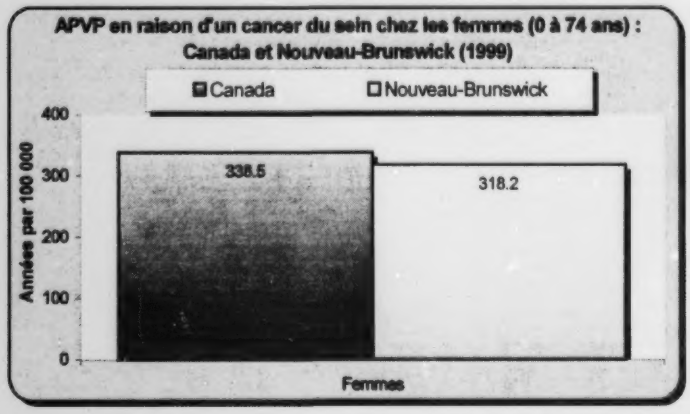
Taux brut d'APVP par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

Taux brut d'APVP par cause par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge dûs à des causes spécifiques multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

Références : *Pour les APVP avant l'âge de 75 ans : diverses publications internationales sur la santé; pour les APVP avant l'âge de 70 ans : Indicateurs de la santé de 1999 (Statistique Canada), Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (1999).*

Années potentielles de vie perdues en raison du cancer du sein





DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) est un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP est une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP en raison du cancer du sein reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés dûs au cancer du sein.

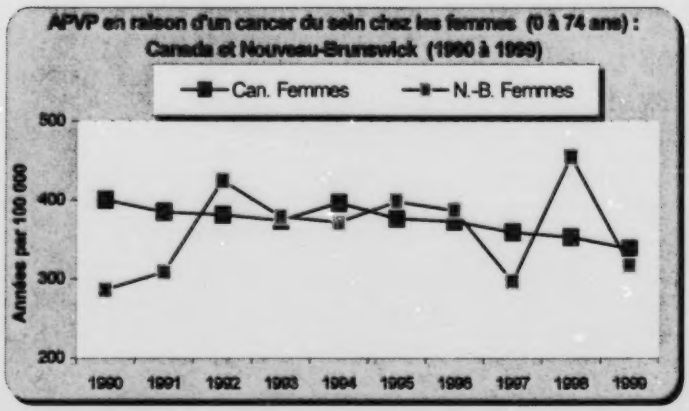
ANALYSE :

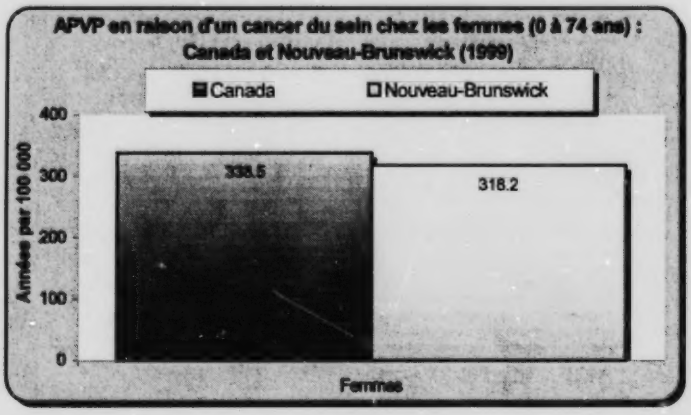
De 1990 à 1999, le taux d'APVP en raison du cancer du sein a diminué d'environ 15 % chez les femmes canadiennes. Au cours de la même période au Nouveau-Brunswick, le taux comparable n'a affiché aucune tendance marquée à la hausse ou à la baisse.

Bien que le taux d'APVP en raison du cancer du sein ait varié considérablement au Nouveau-Brunswick, le taux provincial moyen était semblable au taux national. En 1999, le taux d'APVP en raison du cancer du sein chez les femmes du Nouveau-Brunswick était plus ou moins inferieur à 6 % par rapport au taux national.

La baisse du taux d'APVP en raison du cancer du sein est attribuable principalement au dépistage précoce et aux traitements plus perfectionnés de la maladie.

Années potentielles de vie perdues en raison du cancer du sein





DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) est un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP est une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP en raison du cancer du sein reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés dûs au cancer du sein.

ANALYSE :

De 1990 à 1999, le taux d'APVP en raison du cancer du sein a diminué d'environ 15 % chez les femmes canadiennes. Au cours de la même période au Nouveau-Brunswick, le taux comparable n'a affiché aucune tendance marquée à la hausse ou à la baisse.

Bien que le taux d'APVP en raison du cancer du sein ait varié considérablement au Nouveau-Brunswick, le taux provincial moyen était semblable au taux national. En 1999, le taux d'APVP en raison du cancer du sein chez les femmes du Nouveau-Brunswick était plus ou moins inferieur à 6 % par rapport au taux national.

La baisse du taux d'APVP en raison du cancer du sein est attribuable principalement au dépistage précoce et aux traitements plus perfectionnés de la maladie.

Tableau 7.2.3 Années potentielles de vie perdues en raison d'un cancer du sein chez les femmes

Années potentielles de vie perdues en raison d'un cancer du sein chez les femmes :
Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Années par 100 000 femmes

	Femmes	
Année	**Canada**	**N.-B.**
1990	400.3	286.6
1991	384.8	308.9
1992	381.4	424.9
1993	374.1	379.0
1994	396.7	371.9
1995	376.9	398.5
1996	372.8	387.4
1997	359.3	297.4
1998	353.2	454.7
1999	338.5	318.2

Spécifications techniques *:*

Exclusions : *Les non-résidents du Canada sont exclus des décès et des prévisions démographiques utilisés dans le numérateur et le dénominateur.*

Numérateur : *Décès de personnes de moins de 75 ans exactement, par groupe d'âge, par sexe et par cause. Il faut prendre le point milieu dans chaque groupe d'âge, le soustraire de 75 et multiplier le nombre de décès dans ce groupe d'âge désagrégé par sexe et par cause de décès. Cela représente les APVP.*

Dénominateur : *Prévisions démographiques (uniquement si l'on veut un taux; sinon, aucun dénominateur).*

Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.*

Calcul : *La formule est comme suit :*

Groupe d'âge	*Années perdues*
0 à 1	*74,9*
1 à 4	*72,0*
5 à 9	*67,5*
10 à 14	*62,5*
15 à 19	*57,5*
20 à 24	*52,5*
25 à 29	*47,5*
30 à 34	*42,5*
35 à 39	*37,5*
40 à 44	*32,5*
45 à 49	*27,5*
50 à 54	*22,5*
55 à 59	*17,5*
60 à 64	*12,5*
65 à 69	*7,5*
70 à 74	*2,5*

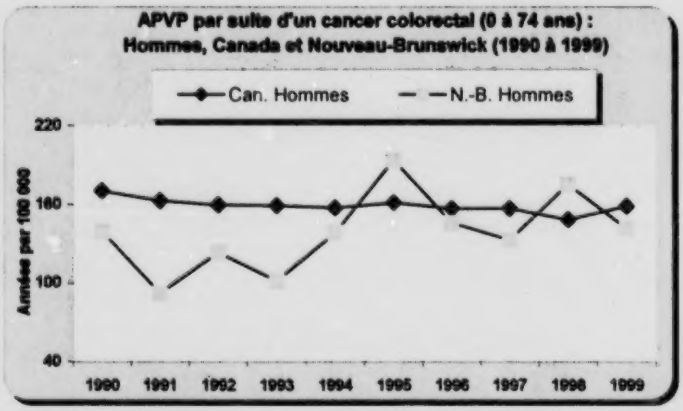
APVP totales = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues (selon le tableau ci-dessus).

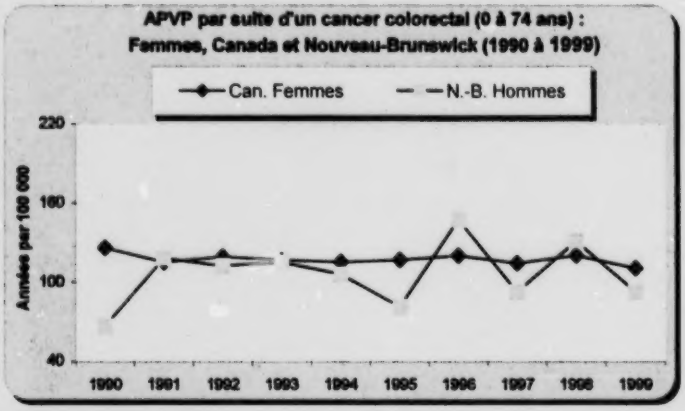
Taux brut d'APVP par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

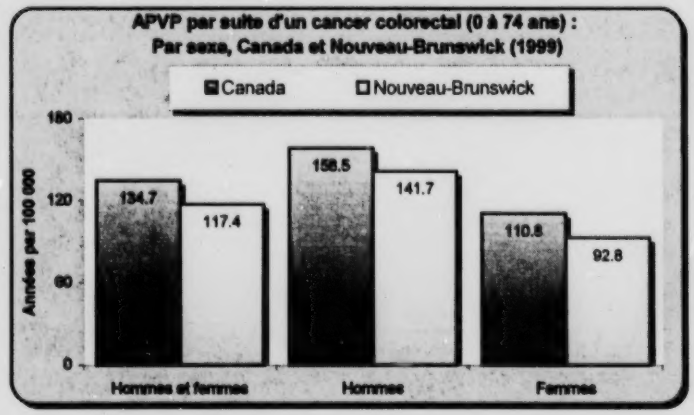
Taux brut d'APVP par cause par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge dûs à des causes spécifiques multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

Références : *Pour les APVP avant l'âge de 75 ans : diverses publications internationales sur la santé; pour les APVP avant l'âge de 70 ans : Indicateurs de la santé de 1999 (Statistique Canada), Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (1999).*

Années potentielles de vie perdues en raison d'un cancer colorectal







DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple, la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP en raison du cancer colorectal reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés dûs au cancer colorectal.

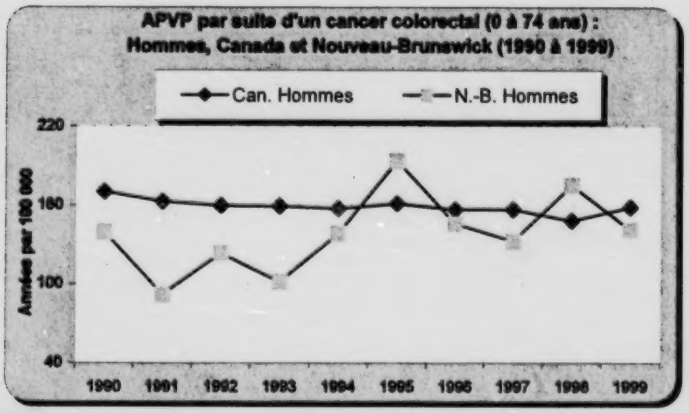
ANALYSE :

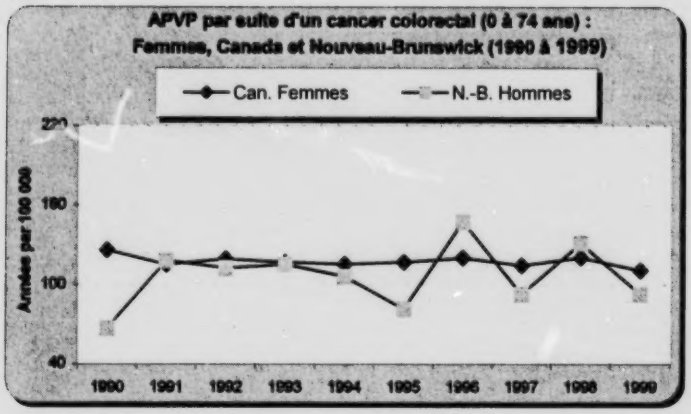
La tendance générale du taux d'APVP en raison du cancer colorectal a été relativement stable pour les hommes canadiens de 1990 à 1999. Durant cette période, chez les hommes du Nouveau-Brunswick, le taux a augmenté, passant d'une moyenne de 118,4 pour la période de 1990 à 1992 à 149,9 pour la période de 1997 à 1999, bien que le taux n'ait plus démontré de tendance à la hausse après 1995. Chez les femmes, les taux national et provincial n'ont démontré aucune tendance considérable à la hausse ou à la baisse au cours de la dernière décennie.

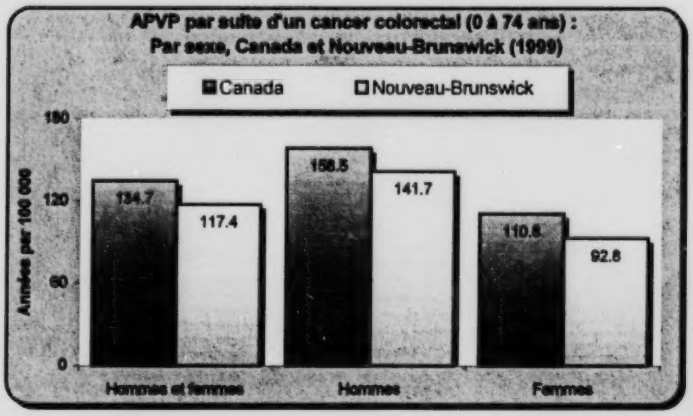
Au cours de la plupart des années de 1990 à 1999, chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick, le taux d'APVP en raison du cancer colorectal était inférieur au taux national comparable. En 1999, chez les hommes du Nouveau-Brunswick, le taux d'APVP était plus ou moins 11 % inférieur au taux national; chez les femmes du Nouveau-Brunswick, il était d'environ 16 % inférieur à celui chez les femmes canadiennes.

Tout comme pour les taux de mortalité et d'incidence du cancer colorectal, le nombre d'APVP attribuable à cette maladie est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 1999, les hommes canadiens comptaient 43 % de plus d'APVP que les femmes canadiennes. Au Nouveau-Brunswick, cet écart entre hommes et femmes était plus important encore, les hommes comptant près de 53 % d'APVP de plus que les femmes en raison du cancer colorectal.

Années potentielles de vie perdues en raison d'un cancer colorectal







DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple, la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP en raison du cancer colorectal reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés dûs au cancer colorectal.

ANALYSE :

La tendance générale du taux d'APVP en raison du cancer colorectal a été relativement stable pour les hommes canadiens de 1990 à 1999. Durant cette période, chez les hommes du Nouveau-Brunswick, le taux a augmenté, passant d'une moyenne de 118,4 pour la période de 1990 à 1992 à 149,9 pour la période de 1997 à 1999, bien que le taux n'ait plus démontré de tendance à la hausse après 1995. Chez les femmes, les taux national et provincial n'ont démontré aucune tendance considérable à la hausse ou à la baisse au cours de la dernière décennie.

Au cours de la plupart des années de 1990 à 1999, chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick, le taux d'APVP en raison du cancer colorectal était inférieur au taux national comparable. En 1999, chez les hommes du Nouveau-Brunswick, le taux d'APVP était plus ou moins 11 % inférieur au taux national; chez les femmes du Nouveau-Brunswick, il était d'environ 16 % inférieur à celui chez les femmes canadiennes.

Tout comme pour les taux de mortalité et d'incidence du cancer colorectal, le nombre d'APVP attribuable à cette maladie est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 1999, les hommes canadiens comptaient 43 % de plus d'APVP que les femmes canadiennes. Au Nouveau-Brunswick, cet écart entre hommes et femmes était plus important encore, les hommes comptant près de 53 % d'APVP de plus que les femmes en raison du cancer colorectal.

Tableau 7.2.4 Années potentielles de vie perdues en raison d'un cancer colorectal

Années potentielles de vie perdues en raison d'un cancer colorectal :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Années par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**
1990	148.3	103.4	170.2	139.5	126.2	67.0
1991	139.0	105.2	162.8	92.2	115.1	118.3
1992	139.6	117.9	159.6	123.4	119.5	112.4
1993	138.0	108.4	159.0	101.6	116.9	115.3
1994	136.4	122.4	157.4	138.5	115.3	106.1
1995	139.1	137.9	161.2	193.7	116.9	81.4
1996	138.5	146.6	156.7	146.0	120.2	147.3
1997	135.7	112.9	156.8	132.7	114.6	92.8
1998	134.5	153.4	148.4	175.3	120.5	131.2
1999	134.7	117.4	158.5	141.7	110.8	92.8

Spécifications techniques :

Exclusions : *Les non-résidents du Canada sont exclus des décès et des prévisions démographiques utilisés dans le numérateur et le dénominateur.*

Numérateur : *Décès de personnes de moins de 75 ans exactement, par groupe d'âge, par sexe et par cause. Il faut prendre le point milieu dans chaque groupe d'âge, le soustraire de 75 et multiplier le nombre de décès dans ce groupe d'âge désagrégé par sexe et par cause de décès. Cela représente les APVP.*

Dénominateur : *Prévisions démographiques (uniquement si l'on veut un taux; sinon, aucun dénominateur).*

Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.*

Calcul : *La formule est comme suit :*

Groupe d'âge	*Années perdues*
0 à 1	*74,9*
1 à 4	*72,0*
5 à 9	*67,5*
10 à 14	*62,5*
15 à 19	*57,5*
20 à 24	*52,5*
25 à 29	*47,5*
30 à 34	*42,5*
35 à 39	*37,5*
40 à 44	*32,5*
45 à 49	*27,5*
50 à 54	*22,5*
55 à 59	*17,5*
60 à 64	*12,5*
65 à 69	*7,5*
70 à 74	*2,5*

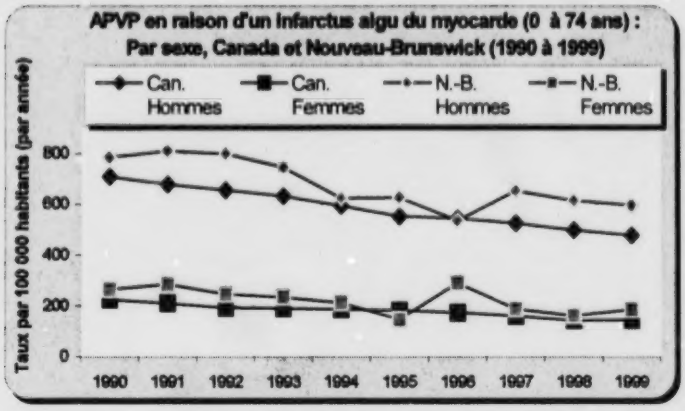
APVP totales = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues (selon le tableau ci-dessus).

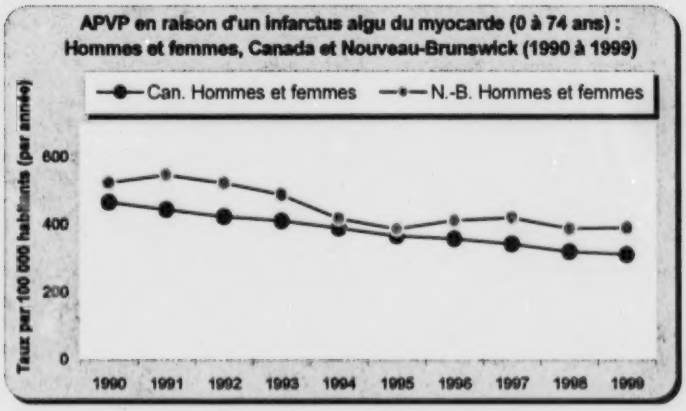
Taux brut d'APVP par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

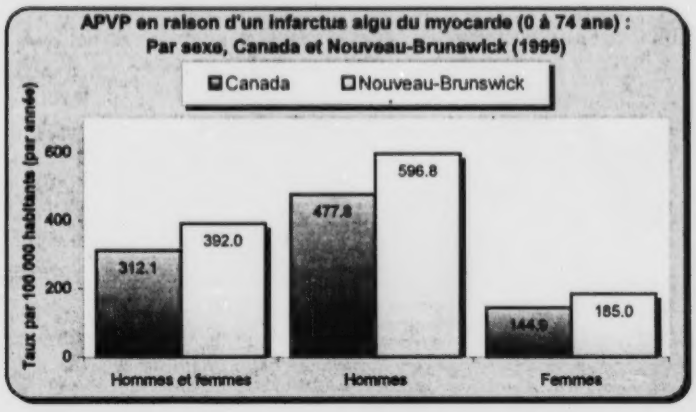
Taux brut d'APVP par cause par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge dûs à des causes spécifiques multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

Références : *Pour les APVP avant l'âge de 75 ans : diverses publications internationales sur la santé; pour les APVP avant l'âge de 70 ans : Indicateurs de la santé de 1999 (Statistique Canada), Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (1999).*

Années potentielles de vie perdues en raison d'un infarctus aigu du myocarde







DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP imputables à un IAM reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés causés par une crise cardiaque.

ANALYSE :

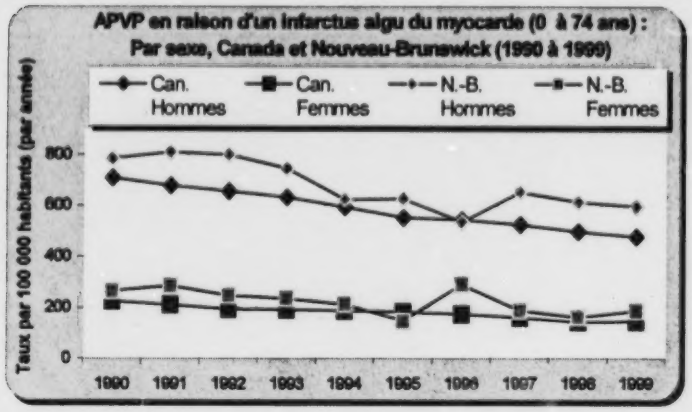
Au cours des années 90, le nombre d'APVP imputables à IAM a diminué à la fois chez les hommes et les femmes, au niveau national et provincial. Chez les hommes canadiens, le taux d'APVP a diminué de près de 33 %, tandis que chez les hommes du Nouveau-Brunswick, il a diminué de plus ou moins 24 % de 1990 à 1999. Le taux chez les femmes canadiennes a diminué d'environ 36 % de 1990 à 1999. Chez les femmes du Nouveau-Brunswick, il a diminué d'environ 30 % durant la même période.

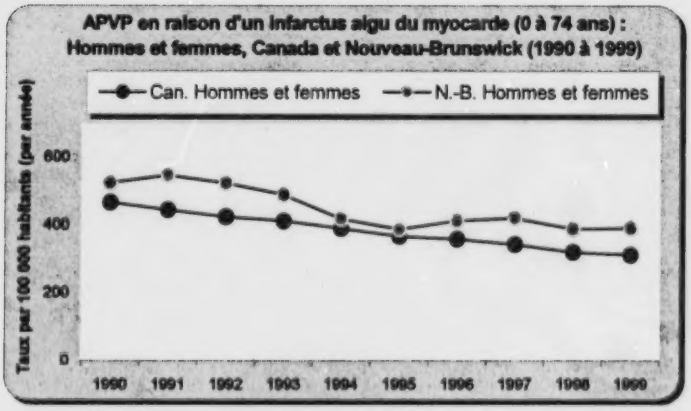
Habituellement, le taux d'APVP en raison d'un IAM est supérieur à la moyenne nationale à la fois chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick. En 1999, ce taux chez les hommes était près de 25 % supérieur au taux national, et chez les femmes, il était d'environ 28 % supérieur au taux national.

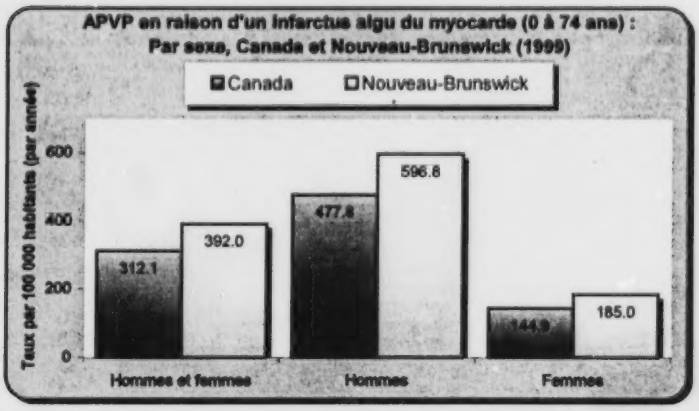
Comme pour le taux de mortalité, le taux d'APVP en raison d'un IAM est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 1999, le taux d'APVP en raison d'un IAM chez les femmes canadiennes était près de 70 % inférieur à celui chez les hommes canadiens. Au Nouveau-Brunswick, les femmes affichaient un taux approximatif de 69 % inférieur à celui des hommes.

On estime que la diminution constante du taux d'APVP en raison d'un IAM serait largement attribuable aux meilleures méthodes de traitement des maladies du cœur, et à un meilleur contrôle des facteurs de risques tels l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie.

Années potentielles de vie perdues en raison d'un infarctus aigu du myocarde







DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP imputables à un IAM reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés causés par une crise cardiaque.

ANALYSE :

Au cours des années 90, le nombre d'APVP imputables à IAM a diminué à la fois chez les hommes et les femmes, au niveau national et provincial. Chez les hommes canadiens, le taux d'APVP a diminué de près de 33 %, tandis que chez les hommes du Nouveau-Brunswick, il a diminué de plus ou moins 24 % de 1990 à 1999. Le taux chez les femmes canadiennes a diminué d'environ 36 % de 1990 à 1999. Chez les femmes du Nouveau-Brunswick, il a diminué d'environ 30 % durant la même période.

Habituellement, le taux d'APVP en raison d'un IAM est supérieur à la moyenne nationale à la fois chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick. En 1999, ce taux chez les hommes était près de 25 % supérieur au taux national, et chez les femmes, il était d'environ 28 % supérieur au taux national.

Comme pour le taux de mortalité, le taux d'APVP en raison d'un IAM est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 1999, le taux d'APVP en raison d'un IAM chez les femmes canadiennes était près de 70 % inférieur à celui chez les hommes canadiens. Au Nouveau-Brunswick, les femmes affichaient un taux approximatif de 69 % inférieur à celui des hommes.

On estime que la diminution constante du taux d'APVP en raison d'un IAM serait largement attribuable aux meilleures méthodes de traitement des maladies du cœur, et à un meilleur contrôle des facteurs de risques tels l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie.

Tableau 7.2.5 Années potentielles de vie perdues en raison d'un infarctus aigu du myocarde

Années potentielles de vie perdues en raison d'un infarctus aigu du myocarde avant l'âge de 75 ans :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Taux par 100 000 habitants (par année)

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1990	468.1	526.1	709.6	785.1	225.2	265.2
1991	445.8	548.7	679.1	810.1	210.9	285.5
1992	425.7	524.2	656.6	799.6	193.3	246.7
1993	412.5	491.0	632.6	745.6	191.0	234.1
1994	391.0	419.2	594.2	624.1	186.5	212.1
1995	367.7	388.7	552.4	627.3	181.8	147.2
1996	359.8	413.9	544.6	536.5	173.8	289.7[a]
1997	344.0	422.0	526.2	653.3	160.5	187.6
1998	321.1	389.6	498.0	614.9	142.7	161.7
1999	312.1	392.0	477.8	596.8	144.9	185.0

Spécifications techniques :

Exclusions : *Les non-résidents du Canada sont exclus des décès et des prévisions démographiques utilisés dans le numérateur et le dénominateur.*

Numérateur : *Décès de personnes de moins de 75 ans exactement, par groupe d'âge, par sexe et par cause. Il faut prendre le point milieu dans chaque groupe d'âge, le soustraire de 75 et multiplier le nombre de décès dans ce groupe d'âge désagrégé par sexe et par cause de décès. Cela représente les APVP.*

Dénominateur : *Prévisions démographiques (uniquement si l'on veut un taux; sinon, aucun dénominateur).*

Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.*

Calcul : *La formule est comme suit :*

Groupe d'âge	*Années perdues*
0 à 1	*74,9*
1 à 4	*72,0*
5 à 9	*67,5*
10 à 14	*62,5*
15 à 19	*57,5*
20 à 24	*52,5*
25 à 29	*47,5*
30 à 34	*42,5*
35 à 39	*37,5*
40 à 44	*32,5*
45 à 49	*27,5*
50 à 54	*22,5*
55 à 59	*17,5*
60 à 64	*12,5*
65 à 69	*7,5*
70 à 74	*2,5*

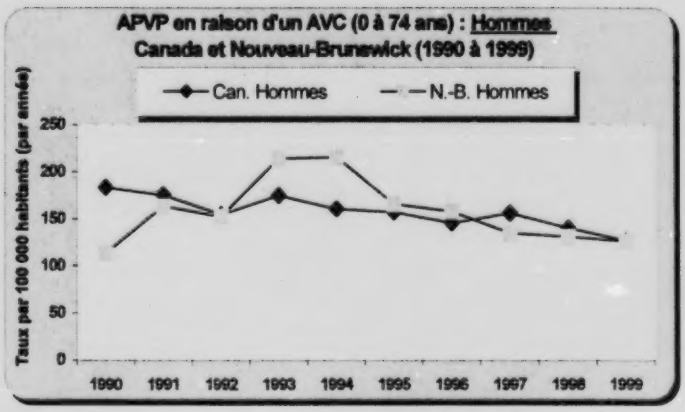
APVP totales = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues (selon le tableau ci-dessus).

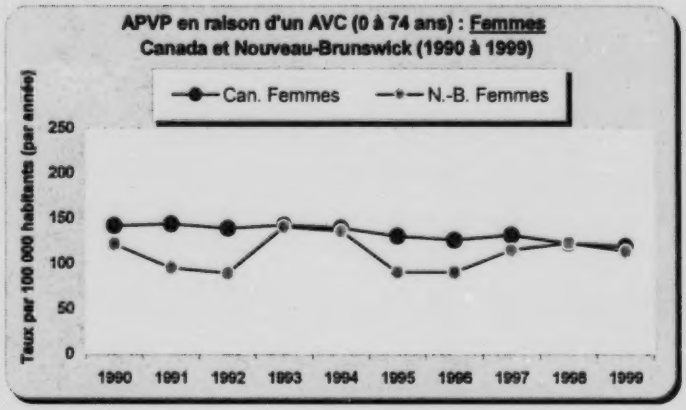
Taux brut d'APVP par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

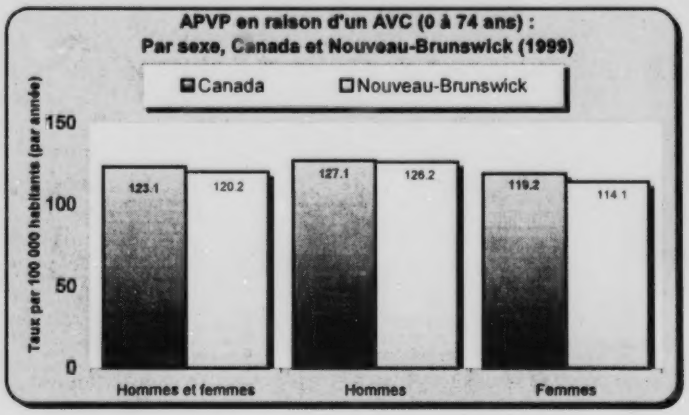
Taux brut d'APVP par cause par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge dûs à des causes spécifiques multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

Références : *Pour les APVP avant l'âge de 75 ans : diverses publications internationales sur la santé; pour les APVP avant l'âge de 70 ans : Indicateurs de la santé de 1999 (Statistique Canada), Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (1999).*

Années potentielles de vie perdues en raison d'un accident vasculaire cérébral







DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP en raison d'un AVC reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés dûs à un AVC.

ANALYSE :

Durant les années 90, le nombre d'APVP en raison d'un AVC chez les hommes canadiens a affiché une tendance à la baisse, soit une baisse d'environ 31 % du taux de 1990 à 1999. Au Nouveau-Brunswick par contre, ce taux a augmenté nettement de 1990 à 1994 et, par la suite, s'est mis à diminuer jusqu'à un niveau semblable à la moyenne canadienne. Dans l'ensemble cependant, chez les hommes du Nouveau-Brunswick le taux n'a pas varié globalement de 1990 à 1999.

Chez les femmes canadiennes, le taux d'APVP en raison d'un accident vasculaire cérébral a également marqué une tendance à la baisse durant les années 90. De 1990 à 1999, il a diminué d'environ 16 %. Durant la même période, les femmes du Nouveau-Brunswick ont affiché un taux sans tendance marquée à la hausse ou à la baisse.

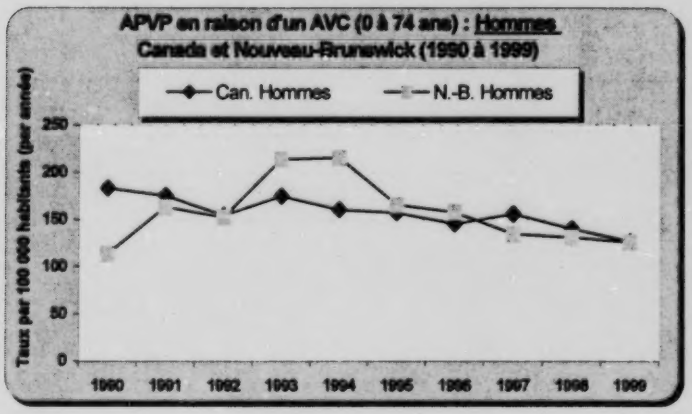
À l'exception du taux chez les hommes durant les quatre années de 1993 à 1996, les taux d'APVP en raison d'un AVC au Nouveau-Brunswick sont demeurés quelque peu inférieurs aux taux nationaux. En 1999, les hommes du Nouveau-Brunswick ont affiché un taux similaire à celui des hommes canadiens, tandis que les femmes du Nouveau-Brunswick ont affiché un taux approximatif de 4 % inférieur à celui des femmes à l'échelle du pays.

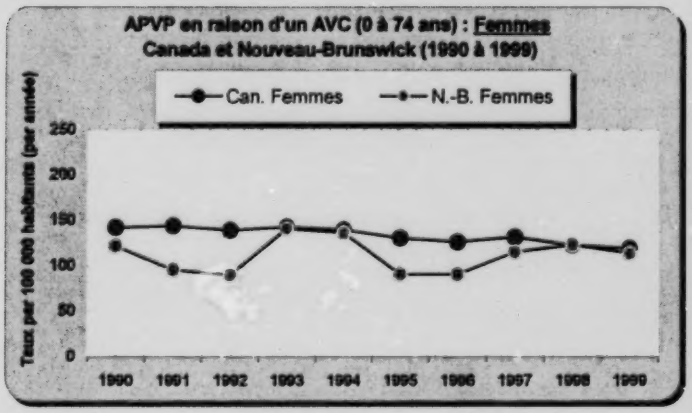
Au cours de la dernière décennie, les taux d'APVP imputables à un accident vasculaire cérébral chez les hommes et les femmes ont connu une tendance au rapprochement de sorte que, en 1999, ils n'affichaient presque aucune différence entre les sexes à l'échelle nationale.

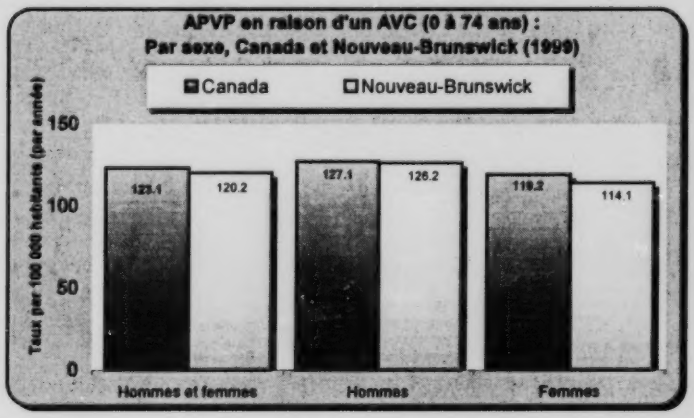
Au Nouveau-Brunswick, en 1999, le taux d'APVP en raison d'un AVC chez les hommes est demeuré légèrement supérieur à celui chez les femmes.

La diminution des taux d'APVP en raison d'un accident vasculaire cérébral serait attribuable aux meilleures méthodes de traitement et de contrôle des facteurs de risques tels l'hypertension.

Années potentielles de vie perdues en raison d'un accident vasculaire cérébral







DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP en raison d'un AVC reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés dûs à un AVC.

ANALYSE :

Durant les années 90, le nombre d'APVP en raison d'un AVC chez les hommes canadiens a affiché une tendance à la baisse, soit une baisse d'environ 31 % du taux de 1990 à 1999. Au Nouveau-Brunswick par contre, ce taux a augmenté nettement de 1990 à 1994 et, par la suite, s'est mis à diminuer jusqu'à un niveau semblable à la moyenne canadienne. Dans l'ensemble cependant, chez les hommes du Nouveau-Brunswick le taux n'a pas varié globalement de 1990 à 1999.

Chez les femmes canadiennes, le taux d'APVP en raison d'un accident vasculaire cérébral a également marqué une tendance à la baisse durant les années 90. De 1990 à 1999, il a diminué d'environ 16 %. Durant la même période, les femmes du Nouveau-Brunswick ont affiché un taux sans tendance marquée à la hausse ou à la baisse.

À l'exception du taux chez les hommes durant les quatre années de 1993 à 1996, les taux d'APVP en raison d'un AVC au Nouveau-Brunswick sont demeurés quelque peu inférieurs aux taux nationaux. En 1999, les hommes du Nouveau-Brunswick ont affiché un taux similaire à celui des hommes canadiens, tandis que les femmes du Nouveau-Brunswick ont affiché un taux approximatif de 4 % inférieur à celui des femmes à l'échelle du pays.

Au cours de la dernière décennie, les taux d'APVP imputables à un accident vasculaire cérébral chez les hommes et les femmes ont connu une tendance au rapprochement de sorte que, en 1999, ils n'affichaient presque aucune différence entre les sexes à l'échelle nationale.

Au Nouveau-Brunswick, en 1999, le taux d'APVP en raison d'un AVC chez les hommes est demeuré légèrement supérieur à celui chez les femmes.

La diminution des taux d'APVP en raison d'un accident vasculaire cérébral serait attribuable aux meilleures méthodes de traitement et de contrôle des facteurs de risques tels l'hypertension.

Tableau 7.2.6 Années potentielles de vie perdues avant l'âge de 75 ans en raison d'un accident vasculaire cérébral

Années potentielles de vie perdues avant l'âge de 75 ans en raison d'un accident vasculaire cérébral :

Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)

Taux par 100 000 habitants (par année)

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1990	162.6	117.6	183.1	113.3	142.1	121.9
1991	159.7	129.6	175.2	163.3	144.1	95.6
1992	147.0	121.1	154.5	152.2	139.5	89.8
1993	158.8	177.7	174.6	213.7	142.9	141.4
1994	150.1	176.2	160.3	215.5	139.8	136.5
1995	144.0	128.4	157.2	165.7	130.8	90.6
1996	136.0	124.5	145.6	157.9	126.3	90.7
1997	143.9	125.2	155.8	134.8	131.9	115.4
1998	131.4	127.3	140.2	131.1	122.6	123.4
1999	123.1	120.2	127.1	126.2	119.2	114.1

Spécifications techniques *:*

Exclusions : *Les non-résidents du Canada sont exclus des décès et des prévisions démographiques utilisés dans le numérateur et le dénominateur.*

Numérateur : *Décès de personnes de moins de 75 ans exactement, par groupe d'âge, par sexe et par cause. Il faut prendre le point milieu dans chaque groupe d'âge, le soustraire de 75 et multiplier le nombre de décès dans ce groupe d'âge désagrégé par sexe et par cause de décès. Cela représente les APVP.*

Dénominateur : *Prévisions démographiques (uniquement si l'on veut un taux; sinon, aucun dénominateur).*

Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.*

Calcul : *La formule est comme suit :*

Groupe d'âge	*Années perdues*
0 à 1	*74,9*
1 à 4	*72,0*
5 à 9	*67,5*
10 à 14	*62,5*
15 à 19	*57,5*
20 à 24	*52,5*
25 à 29	*47,5*
30 à 34	*42,5*
35 à 39	*37,5*
40 à 44	*32,5*
45 à 49	*27,5*
50 à 54	*22,5*
55 à 59	*17,5*
60 à 64	*12,5*
65 à 69	*7,5*
70 à 74	*2,5*

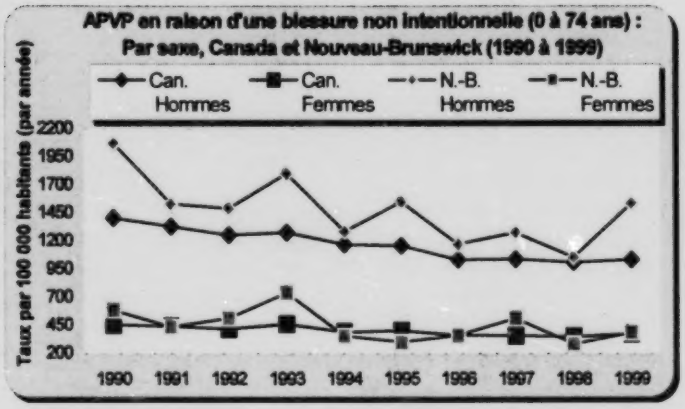
APVP totales = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues (selon le tableau ci-dessus).

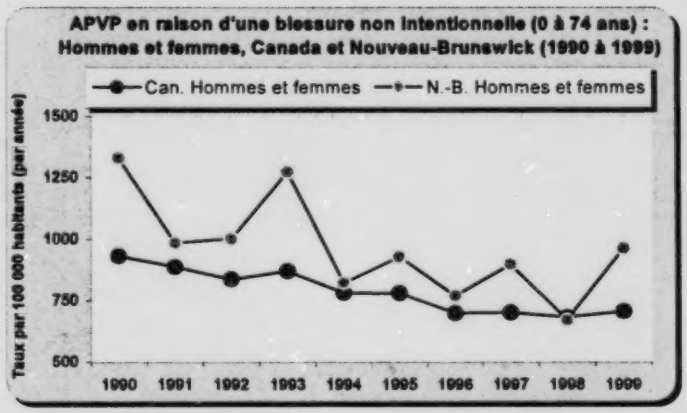
Taux brut d'APVP par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

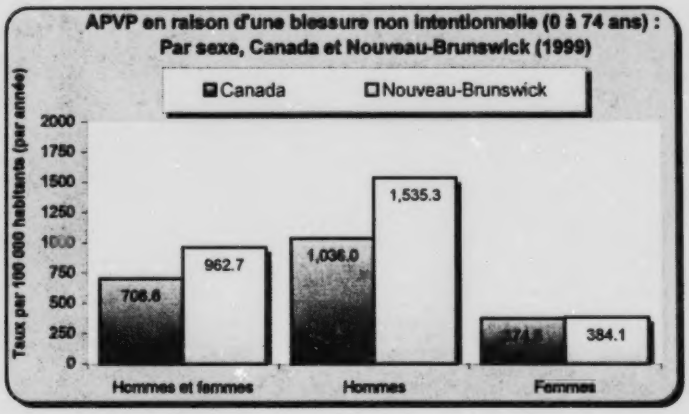
Taux brut d'APVP par cause par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge dûs à des causes spécifiques multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

Références : *Pour les APVP avant l'âge de 75 ans : diverses publications internationales sur la santé; pour les APVP avant l'âge de 70 ans : Indicateurs de la santé de 1999 (Statistique Canada), Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (1999).*

Années potentielles de vie perdues en raison d'une blessure non intentionnelle







DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP à cause d'une blessure non intentionnelle reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés dûs à des blessures non intentionnelles.

ANALYSE :

Les taux d'APVP attribuables aux blessures non intentionnelles chez les hommes canadiens et les hommes du Nouveau-Brunswick ont baissés durant les années 90. De 1990 à 1999, ce taux chez les hommes a diminué d'environ 26 % tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle provinciale.

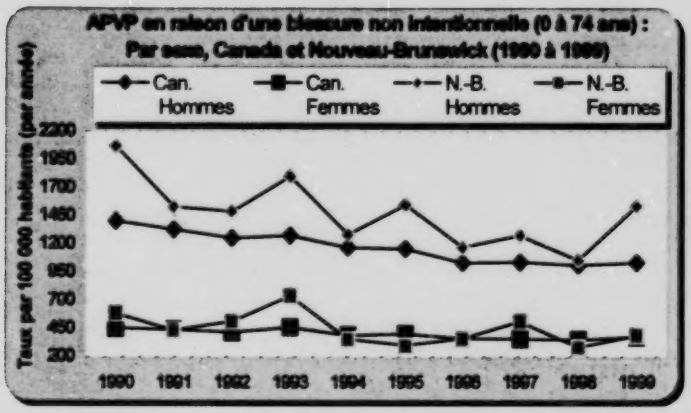
Le taux d'APVP en raison d'une blessure non intentionnelle chez les femmes a aussi diminué durant les années 90. De 1990 à 1999, le taux chez les femmes à l'échelle nationale a diminué de près de 18 %. Chez les femmes du Nouveau-Brunswick, il a chuté de plus ou moins 34 % durant la même période.

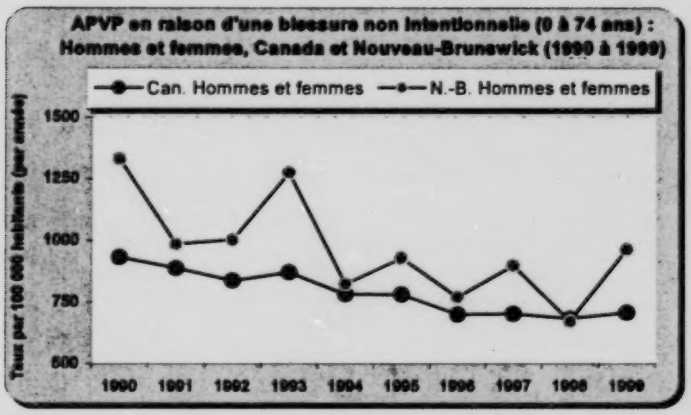
En moyenne au cours de la décennie 1990-1999, le taux d'APVP en raison d'une blessure non intentionnelle au Nouveau-Brunswick a maintenu une tendance supérieure à la moyenne nationale comparable. En 1999, chez les hommes du Nouveau-Brunswick il était de plus ou moins 48 % supérieur au taux national – bien que cette différence ait été plus près de 26 % durant toute la décennie. Le taux chez les femmes du Nouveau-Brunswick en 1999 n'était que de 3 % supérieur au taux national. Cependant, en moyenne au cours des dix années de 1990 à 1999, le taux d'APVP en raison d'une blessure non intentionnelle chez les femmes du Nouveau-Brunswick était d'environ 12 % supérieur à la moyenne nationale.

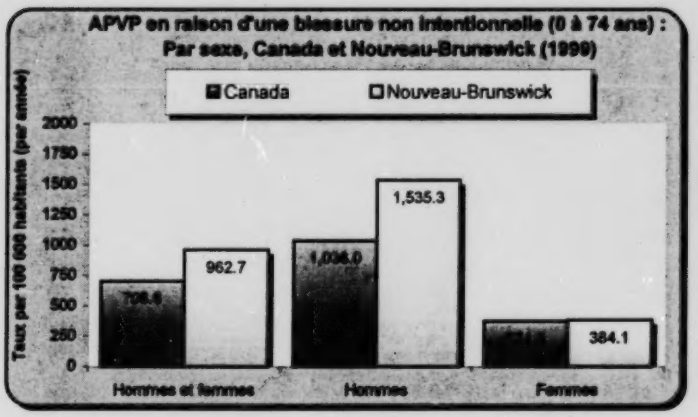
Les taux d'APVP en raison d'une blessure non intentionnelle ont été constamment plus élevés chez les hommes que chez les femmes. En 1999, il était chez les femmes de près de 64 % inférieur au taux national chez les hommes. Au Nouveau-Brunswick, les femmes ont affiché un taux de près de 75 % inférieur aux hommes.

La baisse des taux d'APVP en raison d'une blessure non intentionnelle est attribuable à une quantité de mesures visant la prévention de blessures et la réduction de préjudices, en particulier dans le domaine de la sécurité automobile.

Années potentielles de vie perdues en raison d'une blessure non intentionnelle







DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP à cause d'une blessure non intentionnelle reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés dûs à des blessures non intentionnelles.

ANALYSE :

Les taux d'APVP attribuables aux blessures non intentionnelles chez les hommes canadiens et les hommes du Nouveau-Brunswick ont baissés durant les années 90. De 1990 à 1999, ce taux chez les hommes a diminué d'environ 26 % tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle provinciale.

Le taux d'APVP en raison d'une blessure non intentionnelle chez les femmes a aussi diminué durant les années 90. De 1990 à 1999, le taux chez les femmes à l'échelle nationale a diminué de près de 18 %. Chez les femmes du Nouveau-Brunswick, il a chuté de plus ou moins 34 % durant la même période.

En moyenne au cours de la décennie 1990-1999, le taux d'APVP en raison d'une blessure non intentionnelle au Nouveau-Brunswick a maintenu une tendance supérieure à la moyenne nationale comparable. En 1999, chez les hommes du Nouveau-Brunswick il était de plus ou moins 48 % supérieur au taux national – bien que cette différence ait été plus près de 26 % durant toute la décennie. Le taux chez les femmes du Nouveau-Brunswick en 1999 n'était que de 3 % supérieur au taux national. Cependant, en moyenne au cours des dix années de 1990 à 1999, le taux d'APVP en raison d'une blessure non intentionnelle chez les femmes du Nouveau-Brunswick était d'environ 12 % supérieur à la moyenne nationale.

Les taux d'APVP en raison d'une blessure non intentionnelle ont été constamment plus élevés chez les hommes que chez les femmes. En 1999, il était chez les femmes de près de 64 % inférieur au taux national chez les hommes. Au Nouveau-Brunswick, les femmes ont affiché un taux de près de 75 % inférieur aux hommes.

La baisse des taux d'APVP en raison d'une blessure non intentionnelle est attribuable à une quantité de mesures visant la prévention de blessures et la réduction de préjudices, en particulier dans le domaine de la sécurité automobile.

Tableau 7.2.7 Années potentielles de vie perdues en raison d'une blessure non intentionnelle

Années potentielles de vie perdues en raison d'une blessure non intentionnelle :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Taux par 100 000 habitants (par année)

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1990	931.8	1329.8	1405.1	2069.2	455.7	585.2
1991	886.6	985.8	1330.0	1531.7	440.5	436.4
1992	836.3	1001.6	1254.0	1489.1	416.0	510.3
1993	869.6	1273.2	1276.7	1801.1	459.9	740.5
1994	780.8	822.0	1169.0	1283.7	390.2	355.5
1995	780.1	928.3	1158.2	1548.9	399.6	300.1
1996	698.7	769.1	1036.0	1173.8	359.2	358.8
1997	701.0	896.7	1041.3	1276.2	358.0	512.2
1998	682.3	672.3	1013.6	1057.0	348.4	283.1
1999	706.6	962.7	1036.0	1535.3	374.5	384.1

Spécifications techniques *:*

Exclusions : *Les non-résidents du Canada sont exclus des décès et des prévisions démographiques utilisés dans le numérateur et le dénominateur.*

Numérateur : *Décès de personnes de moins de 75 ans exactement, par groupe d'âge, par sexe et par cause. Il faut prendre le point milieu dans chaque groupe d'âge, le soustraire de 75 et multiplier le nombre de décès dans ce groupe d'âge désagrégé par sexe et par cause de décès. Cela représente les APVP.*

Dénominateur : *Prévisions démographiques (uniquement si l'on veut un taux; sinon, aucun dénominateur).*

Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.*

Calcul : *La formule est comme suit :*

Groupe d'âge	*Années perdues*
0 à 1	*74,9*
1 à 4	*72,0*
5 à 9	*67,5*
10 à 14	*62,5*
15 à 19	*57,5*
20 à 24	*52,5*
25 à 29	*47,5*
30 à 34	*42,5*
35 à 39	*37,5*
40 à 44	*32,5*
45 à 49	*27,5*
50 à 54	*22,5*
55 à 59	*17,5*
60 à 64	*12,5*
65 à 69	*7,5*
70 à 74	*2,5*

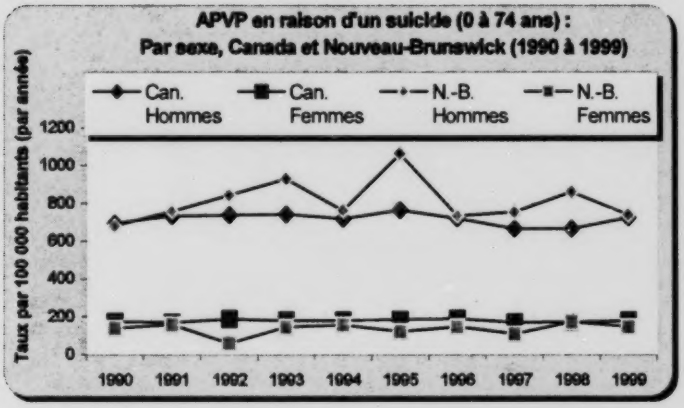
APVP totales = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues (selon le tableau ci-dessus).

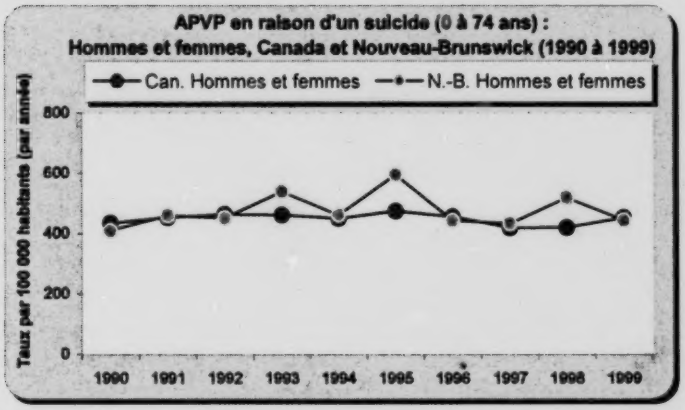
Taux brut d'APVP par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

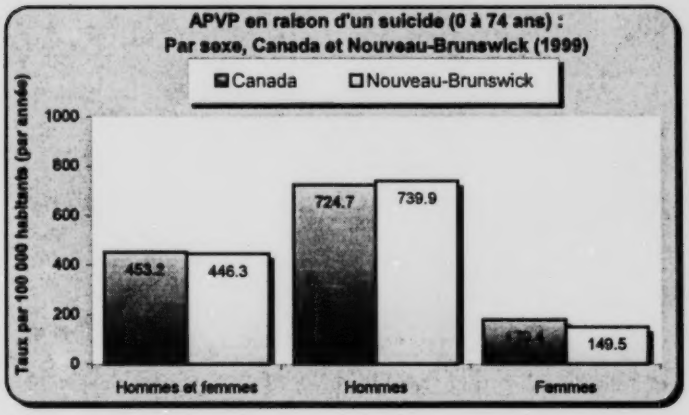
Taux brut d'APVP par cause par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge dûs à des causes spécifiques multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

Références : *Pour les APVP avant l'âge de 75 ans : diverses publications internationales sur la santé; pour les APVP avant l'âge de 70 ans : Indicateurs de la santé de 1999 (Statistique Canada), Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (1999).*

Années potentielles de vie perdues en raison d'un suicide







DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP en raison du suicide reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés dûs au suicide.

ANALYSE :

Au cours des années 90, le taux d'APVP en raison du suicide chez les hommes n'a affiché aucune tendance à la hausse ou à la baisse à l'échelle nationale ou provinciale. De même, le taux chez les femmes du Nouveau-Brunswick et les femmes canadiennes est demeuré relativement stable de 1990 à 1999.

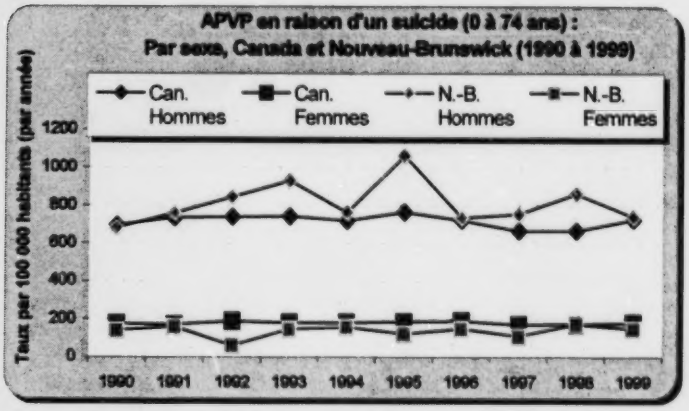
Le taux d'APVP en raison du suicide chez les hommes du Nouveau-Brunswick au cours de la décennie de 1990 à 1999, a été, en moyenne, supérieur au taux national. Par contre, chez les femmes du Nouveau-Brunswick, le taux a été en général légèrement inférieur à la moyenne chez les femmes canadiennes.

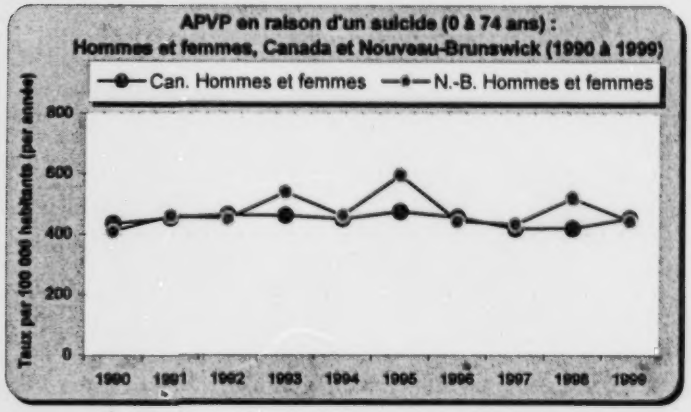
En 1999, les hommes du Nouveau-Brunswick ont eu un taux d'APVP en raison du suicide d'environ 2 % supérieur aux hommes à l'échelle nationale. Les femmes du Nouveau-Brunswick, en 1999, ont affiché un taux de plus ou moins 17 % inférieur au taux national comparable.

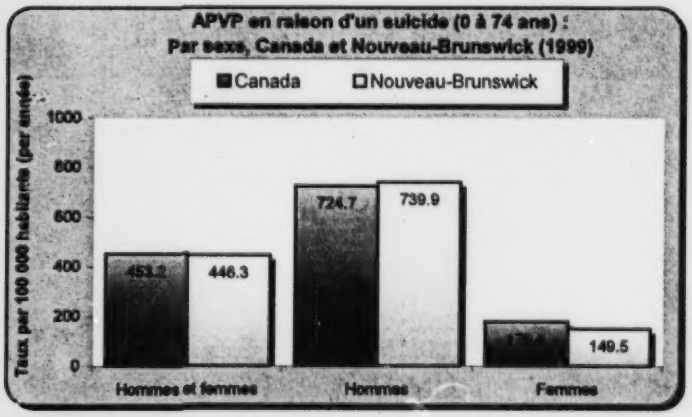
Tant à l'échelle nationale que provinciale, le taux d'APVP en raison du suicide était considérablement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 1999, à l'échelle nationale, le taux chez les femmes était de 75 % inférieur au taux chez les hommes. Les femmes du Nouveau-Brunswick ont affiché, en 1999, un taux de près de 80 % inférieur à celui chez les hommes.

Bien que le suicide soit une cause de décès relativement peu fréquente dans la population en général, il constitue une cause principale d'APVP, car il a tendance à survenir chez les jeunes personnes, lesquelles, par conséquent, perdent un grand nombre d'années potentielles de vie.

Années potentielles de vie perdues en raison d'un suicide







DÉFINITION :

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur du nombre d'années de vie « perdues » lorsqu'une personne meurt prématurément (avant l'âge de 75 ans). Par exemple la personne qui meurt à l'âge de 25 ans a perdu 50 années potentielles de vie. Les APVP sont une mesure de la mortalité chez les personnes non âgées. Le nombre d'APVP en raison du suicide reflète le niveau de succès dans la prévention des décès prématurés dûs au suicide.

ANALYSE :

Au cours des années 90, le taux d'APVP en raison du suicide chez les hommes n'a affiché aucune tendance à la hausse ou à la baisse à l'échelle nationale ou provinciale. De même, le taux chez les femmes du Nouveau-Brunswick et les femmes canadiennes est demeuré relativement stable de 1990 à 1999.

Le taux d'APVP en raison du suicide chez les hommes du Nouveau-Brunswick au cours de la décennie de 1990 à 1999, a été, en moyenne, supérieur au taux national. Par contre, chez les femmes du Nouveau-Brunswick, le taux a été en général légèrement inférieur à la moyenne chez les femmes canadiennes.

En 1999, les hommes du Nouveau-Brunswick ont eu un taux d'APVP en raison du suicide d'environ 2 % supérieur aux hommes à l'échelle nationale. Les femmes du Nouveau-Brunswick, en 1999, ont affiché un taux de plus ou moins 17 % inférieur au taux national comparable.

Tant à l'échelle nationale que provinciale, le taux d'APVP en raison du suicide était considérablement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 1999, à l'échelle nationale, le taux chez les femmes était de 75 % inférieur au taux chez les hommes. Les femmes du Nouveau-Brunswick ont affiché, en 1999, un taux de près de 80 % inférieur à celui chez les hommes.

Bien que le suicide soit une cause de décès relativement peu fréquente dans la population en général, il constitue une cause principale d'APVP, car il a tendance à survenir chez les jeunes personnes, lesquelles, par conséquent, perdent un grand nombre d'années potentielles de vie.

Tableau 7.2.8 Années potentielles de vie perdues en raison du suicide

Années potentielles de vie perdues en raison du suicide :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Taux par 100 000 habitants (par année)

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1990	435.5	411.0	694.6	680.4	174.9	139.7
1991	453.6	459.7	734.3	758.0	171.1	159.4
1992	464.2	452.8	738.4	842.4	188.3	60.1
1993	461.7	539.6	741.8	929.2	179.9	146.4
1994	450.8	462.1	719.8	762.6	180.1	158.4
1995	475.5	595.2	763.6	1062.2	185.5	122.4
1996	456.3	444.2	721.3	734.8	189.7	149.4
1997	419.1	434.0	666.3	754.6	170.0	109.0
1998	420.2	519.4	666.1	860.3	172.3	174.5
1999	453.2	446.3	724.7	739.9	179.4	149.5

Spécifications techniques :

Exclusions : *Les non-résidents du Canada sont exclus des décès et des prévisions démographiques utilisés dans le numérateur et le dénominateur.*

Numérateur : *Décès de personnes de moins de 75 ans exactement, par groupe d'âge, par sexe et par cause. Il faut prendre le point milieu dans chaque groupe d'âge, le soustraire de 75 et multiplier le nombre de décès dans ce groupe d'âge désagrégé par sexe et par cause de décès. Cela représente les APVP.*

Dénominateur : *Prévisions démographiques (uniquement si l'on veut un taux; sinon, aucun dénominateur).*

Source : *Statistique Canada, Statistiques de l'état civil, Base de données sur les décès et Division de la démographie (prévisions démographiques); ISQ.*

Calcul : *La formule est comme suit :*

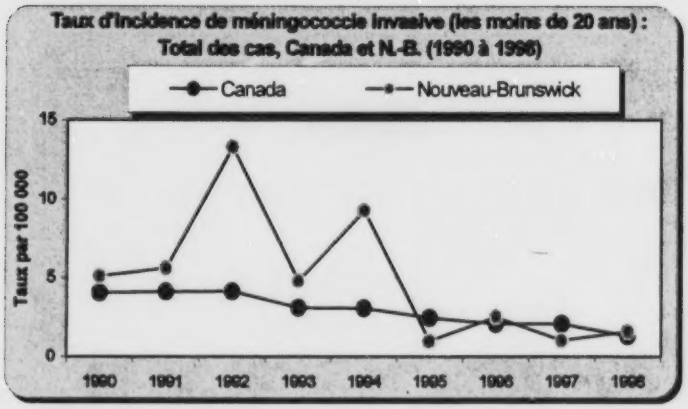
Groupe d'âge	*Années perdues*
0 à 1	*74,9*
1 à 4	*72,0*
5 à 9	*67,5*
10 à 14	*62,5*
15 à 19	*57,5*
20 à 24	*52,5*
25 à 29	*47,5*
30 à 34	*42,5*
35 à 39	*37,5*
40 à 44	*32,5*
45 à 49	*27,5*
50 à 54	*22,5*
55 à 59	*17,5*
60 à 64	*12,5*
65 à 69	*7,5*
70 à 74	*2,5*

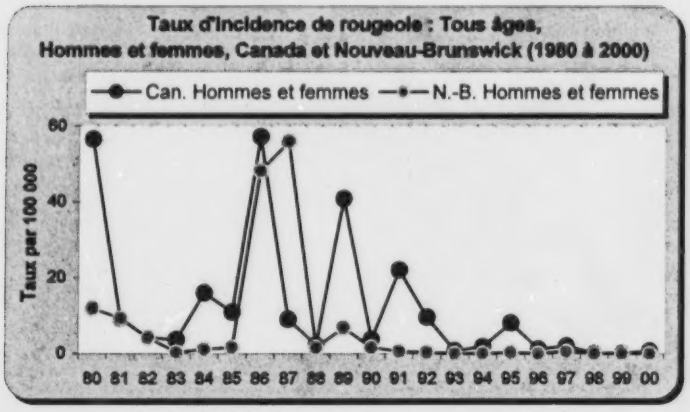
APVP totales = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues (selon le tableau ci-dessus).

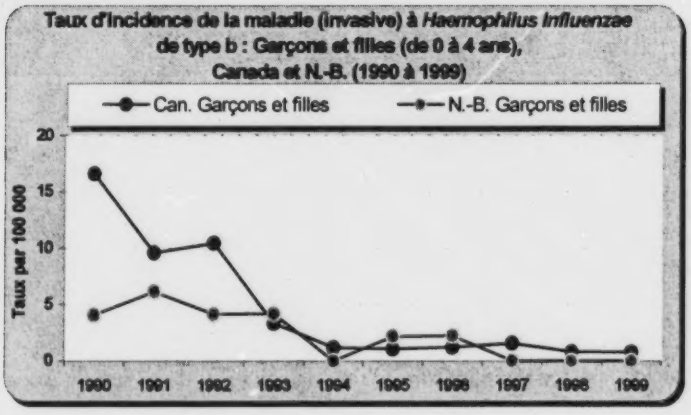
Taux brut d'APVP par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

Taux brut d'APVP par cause par 100 000 = somme de tous les décès dans chaque groupe d'âge dûs à des causes spécifiques multipliée par les années perdues et multiplié par 100 000 population estimative.

Références : *Pour les APVP avant l'âge de 75 ans : diverses publications internationales sur la santé; pour les APVP avant l'âge de 70 ans : Indicateurs de la santé de 1999 (Statistique Canada), Rapport statistique sur la santé de la population canadienne (1999).*







DÉFINITION :

Cette section comprend des renseignements sur trois indicateurs : 1) Le nombre de nouveaux cas (par 100 000 personnes de moins de 20 ans) de méningococcie invasive; 2) Le nombre de nouveaux cas (par 100 000 personnes) de rougeole; 3) Le nombre de nouveaux cas (par 100 000 enfants de 4 ans et moins) d'*Haemophilus influenzae* de type B (Hib).

ANALYSE :

À l'échelle nationale, l'incidence totale de la méningococcie invasive montre une tendance à la baisse de 1990 à 1998. À l'échelle provinciale, l'incidence totale de la méningococcie invasive a augmenté fortement entre 1992 et 1994, mais est revenue à un taux relativement bas dans les années subséquentes. En 1998, l'incidence totale de la méningococcie au Nouveau-Brunswick était légèrement plus élevée que le taux national. Toutefois, au cours de la période de quatre ans allant de 1995 à 1998, le taux d'incidence total de la méningococcie au Nouveau-Brunswick était quelque peu inférieur au taux canadien.

Au cours de la période de quatre ans allant de 1995 à 1998, l'incidence moyenne de la méningococcie invasive de type C était légèrement plus élevée au Nouveau-Brunswick que dans l'ensemble du Canada. Au cours de la même période, l'incidence moyenne de la méningococcie invasive d'un autre type que le type C était beaucoup plus faible au Nouveau-Brunswick qu'au Canada tandis que l'incidence de la méningococcie invasive de type « inconnu » était plus élevée au Nouveau-Brunswick qu'au Canada.

Au cours de la dernière décennie, la rougeole a été pratiquement enrayée au Nouveau-Brunswick et dans l'ensemble du Canada. Depuis 1998, tous les cas de rougeole au Canada ont été importés ou avaient un lien avec un cas importé.

De 1990 à 1999, l'incidence de cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) a diminué radicalement au Nouveau-Brunswick et à l'échelle nationale. De 1997 à 1999, aucun cas d'Hib n'a été signalé au Nouveau-Brunswick.

Tableau 7.3.1 Taux d'incidence de méningococcie invasive :
Moins de 20 ans par sérogroupe, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1998)
Taux par 100 000 habitants

	Groupe C		Total Non-C		Groupe inconnu		Total	
	Can.	N.-B.	Can.	N.-B.	Can.	N.-B.	Can.	N.-B.
1990	1.55	1.86	1.03	0.46	1.46	2.78	4.04	5.10
1991	2.07	2.81	1.14	1.40	0.91	1.40	4.12	5.62
1992	2.37	8.55	1.28	3.80	0.47	0.95	4.13	13.29
1993	1.37	3.85	1.23	0.96	0.48	0.00	3.09	4.82
1994	1.26	5.36	1.39	2.44	0.40	1.46	3.06	9.26
1995	0.84	0.49	1.37	0.00	0.25	0.49	2.46	0.99
1996	0.67	1.00	1.05	1.00	0.35	0.50	2.07	2.51
1997	0.59	0.51	1.31	0.51	0.17	0.00	2.07	1.02
1998	0.22	0.52	0.79	0.52	0.29	0.52	1.30	1.56

Nota : Zéro signifie aucun cas

Tableau 7.3.2 Taux d'incidence de la rougeole :
Tous âges, Hommes et femmes,
Canada et Nouveau-Brunswick (1980 à 2000)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes	
Année	Canada	N.-B.
1980	56.55	11.90
1981	9.29	9.34
1982	4.24	4.24
1983	3.68	0.28
1984	15.92	1.11
1985	10.90	1.52
1986	57.24	48.27
1987	9.02	55.92
1988	2.28	1.64
1989	40.84	6.80
1990	3.73	1.62
1991	22.04	0.54
1992	9.66	0.27
1993	0.71	0.00
1994	1.80	0.00
1995	8.04	0.27
1996	1.13	0.00
1997	1.95	0.53
1998	0.04	0.00
1999	0.09	0.00
2000	0.64	0.00

Tableau 7.3.3 Taux d'incidence de la maladie (invasive) *Haemophilus influenzae* de type b chez les enfants :
Garçons et filles (0 à 4 ans),
Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Taux par 100 000 habitants

	Garçons et filles	
Année	Canada	N.-B.
1990	16.62	4.08
1991	9.60	6.14
1992	10.44	4.12
1993	3.33	4.16
1994	1.14	0.00
1995	1.06	2.16
1996	1.22	2.22
1997	1.56	0.00
1998	0.80	0.00
1999	0.77	0.00

Spécifications techniques :
Méningococcie invasive
Numérateur : Le nombre total de cas individuels des moins de 20 ans. Dénominateur : La population totale de moins de 20 ans.
Rougeole
Numérateur : Le nombre total de cas. Dénominateur : La population totale.
Haemophilus influenzae de type B (HIB)
Numérateur : Le nombre de cas chez les enfants de moins de 5 ans. Dénominateur : Nombre d'enfants moins de 5 ans.
Pour tous
Exclusions : Aucun
Calcul : Numérateur/dénominateur multiplié par 100 000.
Source : Dossiers de maladies à déclaration obligatoire et surveillance accrue.

QUALITÉ DES SERVICES

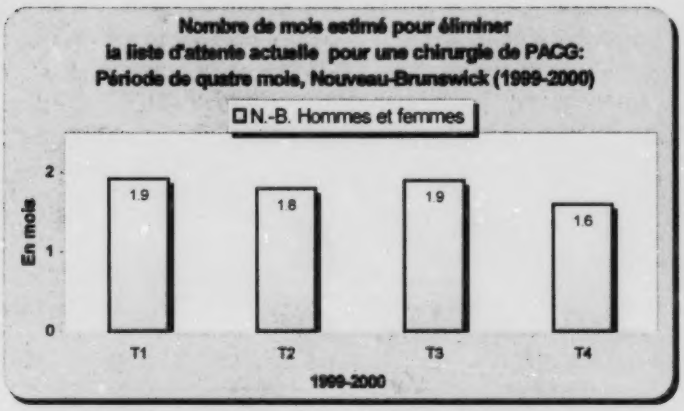
Les indicateurs de cette catégorie sont destinés à refléter plusieurs aspects de la qualité des services de santé, y compris la pertinence, l'efficacité, l'accessibilité et l'acceptabilité. En raison des limitations des données comparables existantes, les indicateurs choisis ne traitent pas des aspects de la qualité des services comme l'efficience et la sécurité.

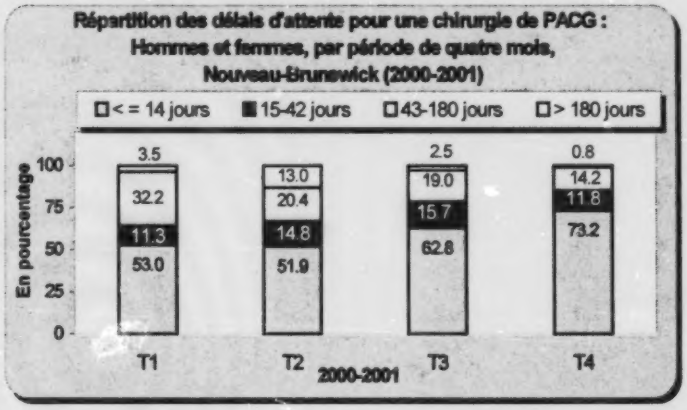
Les indicateurs de l'accessibilité et de la pertinence, y compris les mesures des délais d'attente et de l'utilisation des services, reflètent la capacité du système de santé d'offrir des traitements et des soins appropriés et opportuns selon les besoins.

Les indicateurs de l'efficacité, comme les taux de réadmission ainsi que l'incidence de maladies évitables et de situations de risque mesurent le succès des programmes et des services de santé dans l'obtention des résultats cliniques et comportementaux souhaités.

Les indicateurs de la pertinence permettent d'évaluer la satisfaction des citoyens par rapport aux services qu'ils ont reçus. Les mesures de la satisfaction des patients fournissent une indication de la capacité du système de santé du Nouveau-Brunswick de répondre aux besoins et aux attentes des patients individuels.

Délais d'attente pour la chirurgie cardiaque





Nota : Une des difficultés pour mesurer le délai d'attente est la définition de l'attente. Pour un patient, l'attente peut commencer à l'apparition des symptômes ou de la douleur. L'attente peut commencer lorsqu'un patient consulte pour la première fois son médecin de famille en raison des symptômes. Si une chirurgie est nécessaire, l'attente peut commencer lorsque la décision d'opérer est prise ou lorsque le patient est ajouté à la liste d'attente. Les mesures indiquées ci-dessus ne reflètent qu'une composante de l'attente : la période entre le cathétérisme cardiaque et un pontage aortocoronarien.

DÉFINITION :

Cet indicateur consiste en trois mesures du délai d'attente des patients (âgés de 20 ans ou plus) pour un pontage aortocoronarien (voir note ci-dessous) : 1) Nombre de mois pour éliminer la liste d'attente : Le nombre estimatif de mois requis pour assurer une intervention à tous les patients qui attendent pour un pontage à la fin de chaque trimestre; 2) Délai d'attente médian pour une chirurgie : le nombre moyen de jours d'attente des patients pour un pontage à chaque trimestre; 3) Répartition des délais d'attentes : le pourcentage de patients qui ont obtenu leur pontage dans les quatre intervalles de temps spécifiés. Le cathétérisme cardiaque sert à diagnostiquer les patients et à déterminer s'ils ont besoin d'un pontage. Veuillez noter que les données comparatives au plan national ne sont pas disponibles pour cet indicateur.

ANALYSE :

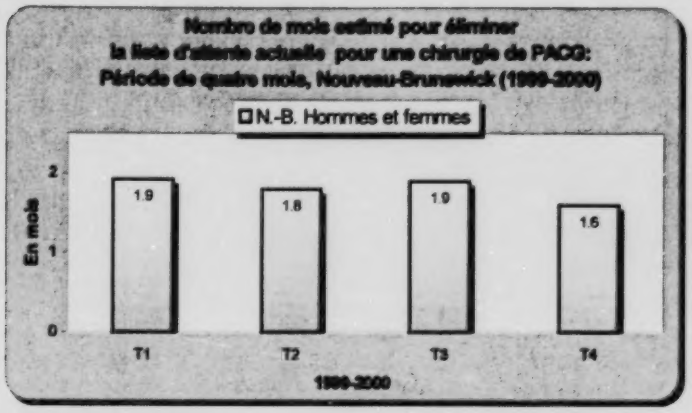
Le nombre estimatif de mois requis pour éliminer la liste d'attente à la fin de chaque trimestre variait de 1,9 à 1,6 mois pour 1999-2000. Le délai d'attente médian pour un pontage en 1999-2000 et en 2000-2001 était de 5 à 7 jours à tous les trimestres, sauf au deuxième trimestre de 2000-2001. Il n'y a eu aucune tendance notable à la hausse ou à la baisse concernant le délai d'attente médian dans la période de 1999-2000 à 2000-2001.

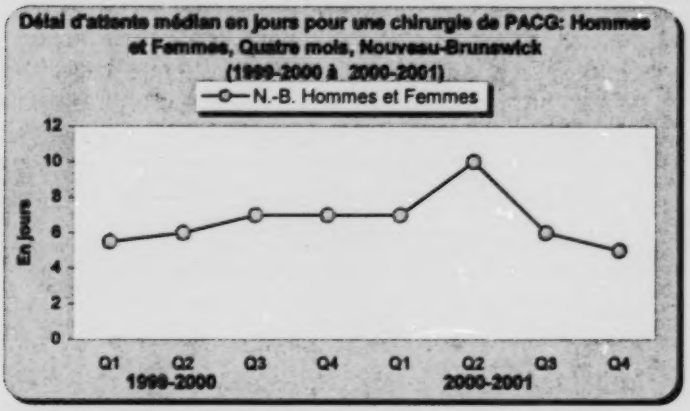
Au cours des quatre trimestres de 2000-2001, il y a eu une augmentation substantielle dans le pourcentage de pontages aortocoronariens dont le délai d'attente était de moins de 14 jours et une baisse dans le pourcentage d'interventions avec un délai d'attente de 43 à 180 jours. Le pourcentage des interventions avec délai d'attente de 15 à 42 jours se situait entre 11 % et 16 % au cours des quatre trimestres. Le pourcentage des pontages aortocoronariens avec un délai d'attente de plus de 180 jours était généralement plutôt faible, sauf au deuxième trimestre de 2000-2001.

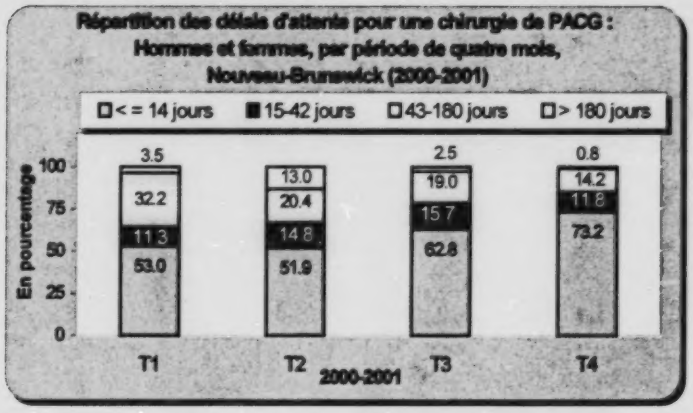
Le délai d'attente pour le pontage aortocoronarien est une importante mesure de l'accès. En effet, un accès en temps utile à des soins cardiaques peut réduire la morbidité et augmenter la qualité de vie pour les patients qui attendent une intervention.

Les délais d'attente dépendent de facteurs comme le changement de statut du patient, la disponibilité des professionnels de la santé et l'accès à la salle d'opération et à d'autres ressources.

Délais d'attente pour la chirurgie cardiaque







Nota : Une des difficultés pour mesurer le délai d'attente est la définition de l'attente. Pour un patient, l'attente peut commencer à l'apparition des symptômes ou de la douleur. L'attente peut commencer lorsqu'un patient consulte pour la première fois son médecin de famille en raison des symptômes. Si une chirurgie est nécessaire, l'attente peut commencer lorsque la décision d'opérer est prise ou lorsque le patient est ajouté à la liste d'attente. Les mesures indiquées ci-dessus ne reflètent qu'une composante de l'attente : la période entre le cathétérisme cardiaque et un pontage aortocoronarien.

DÉFINITION :

Cet indicateur consiste en trois mesures du délai d'attente des patients (âgés de 20 ans ou plus) pour un pontage aortocoronarien (voir note ci-dessous) : 1) Nombre de mois pour éliminer la liste d'attente : Le nombre estimatif de mois requis pour assurer une intervention à tous les patients qui attendent pour un pontage à la fin de chaque trimestre; 2) Délai d'attente médian pour une chirurgie : le nombre moyen de jours d'attente des patients pour un pontage à chaque trimestre; 3) Répartition des délais d'attentes : le pourcentage de patients qui ont obtenu leur pontage dans les quatre intervalles de temps spécifiés. Le cathétérisme cardiaque sert à diagnostiquer les patients et à déterminer s'ils ont besoin d'un pontage. Veuillez noter que les données comparatives au plan national ne sont pas disponibles pour cet indicateur.

ANALYSE :

Le nombre estimatif de mois requis pour éliminer la liste d'attente à la fin de chaque trimestre variait de 1,9 à 1,6 mois pour 1999-2000. Le délai d'attente médian pour un pontage en 1999-2000 et en 2000-2001 était de 5 à 7 jours à tous les trimestres, sauf au deuxième trimestre de 2000-2001. Il n'y a eu aucune tendance notable à la hausse ou à la baisse concernant le délai d'attente médian dans la période de 1999-2000 à 2000-2001.

Au cours des quatre trimestres de 2000-2001, il y a eu une augmentation substantielle dans le pourcentage de pontages aortocoronariens dont le délai d'attente était de moins de 14 jours et une baisse dans le pourcentage d'interventions avec un délai d'attente de 43 à 180 jours. Le pourcentage des interventions avec délai d'attente de 15 à 42 jours se situait entre 11 % et 16 % au cours des quatre trimestres. Le pourcentage des pontages aortocoronariens avec un délai d'attente de plus de 180 jours était généralement plutôt faible, sauf au deuxième trimestre de 2000-2001.

Le délai d'attente pour le pontage aortocoronarien est une importante mesure de l'accès. En effet, un accès en temps utile à des soins cardiaques peut réduire la morbidité et augmenter la qualité de vie pour les patients qui attendent une intervention.

Les délais d'attente dépendent de facteurs comme le changement de statut du patient, la disponibilité des professionnels de la santé et l'accès à la salle d'opération et à d'autres ressources.

Tableau 8 Délais d'attente pour la chirurgie cardiaque

Nombre estimé de mois pour éliminer la liste d'attente courante pour les PACG :
Hommes et femmes, par quatre mois, Nouveau-Brunswick (1999-2000)

Année / Quatre mois	1999-2000		
	Patients en attente à la fin des quatre mois	Nombre moyen de PACG par mois	Mois estimé pour éliminer les noms sur la liste d'attente actuelle
T1	68	35	1.9
T2	65	37	1.8
T3	67	36	1.9
T4	67	41	1.6

Durée d'attente médiane en jours pour une chirurgie de PACG :
Hommes et femmes, par période de quatre mois, Nouveau-Brunswick (1999-2000 à 2000-2001)

Quatre mois	1999-2000	2000-2001
T1	5.5	7.0
T2	6.0	10.0
T3	7.0	6.0
T4	7.0	5.0

Répartition des délais d'attentes pour une chirurgie de PACG :
Hommes et femmes, pour une période de quatre mois et selon l'intervalle de délai d'attente, Nouveau-Brunswick (2000-2001)

Année / Quatre mois	2000-2001			
	Pourcentage de PACG faite dans la période de			
	< = 14 jours	15 à 42 jours	43 à 180 jours	plus de 180 jours
T1	53.0	11.3	32.2	3.5
T2	51.9	14.8	20.4	13.0
T3	62.8	15.7	19.0	2.5
T4	73.2	11.8	14.2	0.8

Spécifications techniques :

Inclusions : *Ceci comprend uniquement les cas « isolés » de pontages aortocoronariens, sans autre type d'intervention (p. ex., réparation ou remplacement d'une valvule).*

Exclusions : *Ceci exclut les patients qui n'étaient pas du Nouveau-Brunswick, de même que les cas de cathétérisme cardiaque ou de pontage qui ont eu lieu à l'extérieur du Nouveau-Brunswick. Les patients qui ont subi un pontage aortocoronarien le même jour que le cathétérisme (c.-à-d. un délai d'attente de moins d'une journée) ont été exclus des calculs du délai d'attente moyen et de la répartition des délais d'attente. En 1999-2000, 2,9 % des pontages aortocoronariens par greffe ont été faits le jour même du cathétérisme. En 2000-2001, 2,3 % des pontages aortocoronariens par greffe ont été faits le jour même du cathétérisme.*

Calcul : Afin d'obtenir des calculs modérés, si un patient a subi plus d'un cathétérisme cardiaque avant de subir un pontage aortocoronarien, le plus récent cathétérisme a été utilisé pour le calcul.

Mois pour éliminer la liste d'attente

Numérateur : *Nombre total d'adultes (de 20 ans et plus) ayant reçu un cathétérisme cardiaque et qui ont été acceptés par un médecin pour un PACG, mais qui n'ont pas encore été opérés le dernier jour de la période visée.*

Dénominateur : *Le nombre moyen de PACG réalisés par mois à l'intérieur de la période désignée.*

Attente médiane pour une chirurgie

Définition : *La médiane est la valeur à laquelle 50 % des cas sont supérieurs et 50 % des cas sont inférieurs. Donc, pour chaque trimestre, la période d'attente médiane pour la chirurgie équivalait au nombre de jours inférieur à la période d'attente pour la moitié des patients et supérieur à la période d'attente pour la moitié des patients ayant subi un pontage aortocoronarien.*

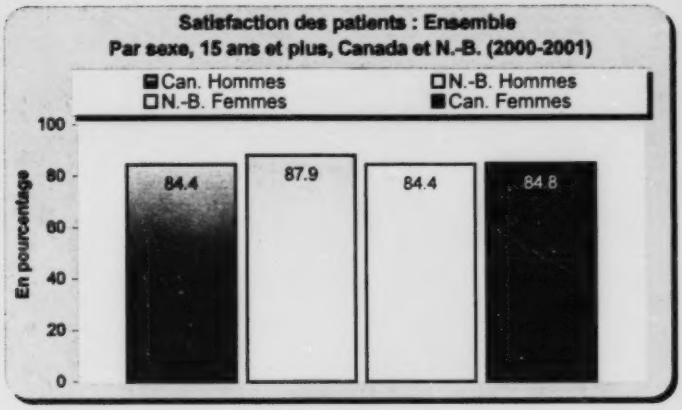
Répartition des délais d'attente

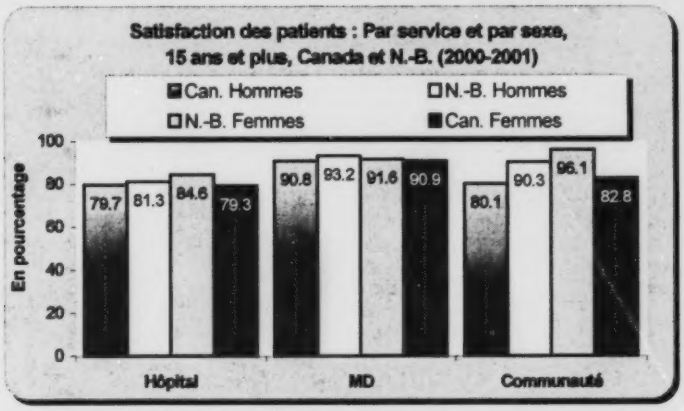
Définition : *Pourcentage des adultes (de 20 ans et plus) ayant subi un PACG pendant la période visée et ayant attendu ≤ 14 jours, 15 à 42 jours, 43 à 180 jours, >180 jours entre la cathétérisation cardiaque et le PACG.*

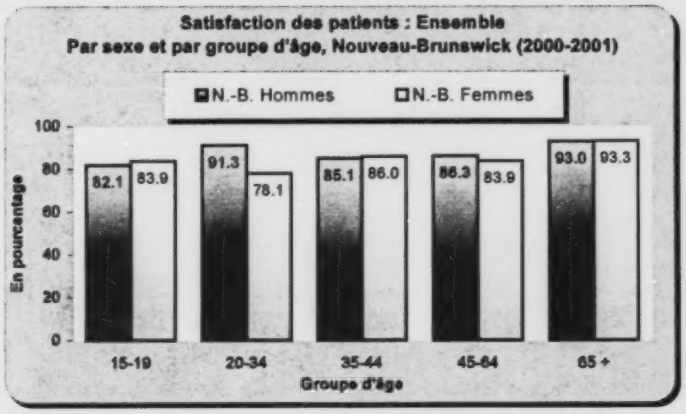
Source : *Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, Base de données sur les congés des patients en 1999-2000, 2000-2001.*

Référence : *Naylor, C.D., Baigrie, R.S., Goldman, B.S., Basinski, A., « Assessment of priority for coronary revascularization procedures », Lancet, 1990 (335), p. 1070-1073.*

Satisfaction des patients







DÉFINITION :

Pourcentage de la population adulte (15 ans et plus) se déclarant soit très satisfaite ou plutôt satisfaite de la manière dont ont été dispensés les services suivants : a) l'ensemble des services de santé, b) les services à l'hôpital, c) les services de la part d'un médecin de famille ou d'un autre médecin (exemple MD), et d) les services communautaires.

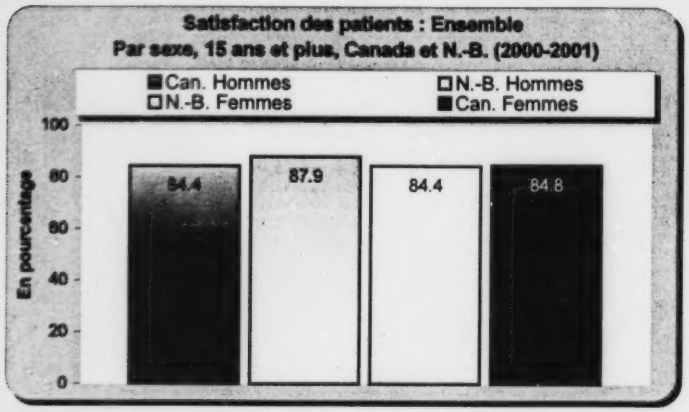
ANALYSE :

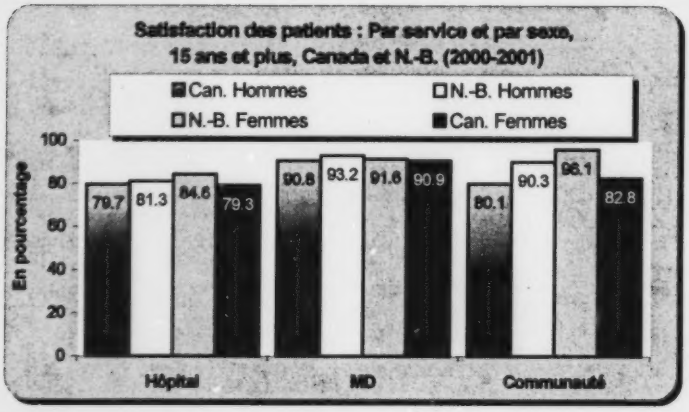
Près de 88 % des hommes et 84 % des femmes du Nouveau-Brunswick qui ont bénéficié de services de santé étaient soit « très satisfaits » ou « plutôt satisfaits » des services en 2000-2001. Les hommes du Nouveau-Brunswick affichaient un taux de satisfaction générale légèrement supérieur à celui chez les hommes canadiens; chez les femmes du Nouveau-Brunswick, le taux de satisfaction générale était semblable à celui chez les femmes canadiennes.

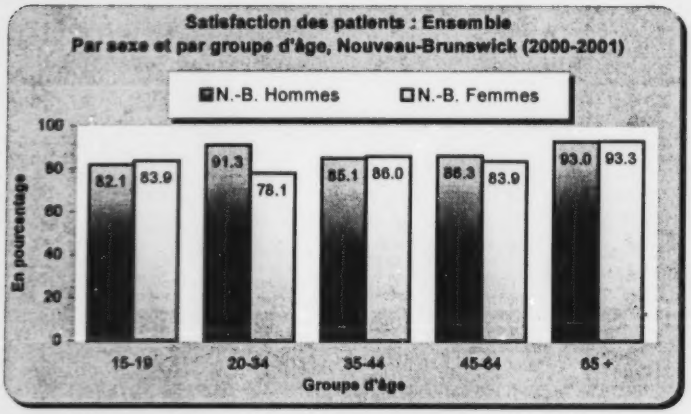
Les femmes du Nouveau-Brunswick étaient quelque peu plus satisfaites des services hospitaliers que ne l'étaient en général les hommes ou les femmes du Canada. Les hommes du Nouveau-Brunswick étaient légèrement plus satisfaits des services de la part des médecins que ne l'étaient en général les hommes et les femmes du Canada. Tant les hommes que les femmes du Nouveau-Brunswick étaient considérablement plus satisfaits des services communautaires que ne l'étaient respectivement les hommes ou les femmes du Canada. En outre, les femmes du Nouveau-Brunswick étaient plus satisfaites des services communautaires que ne l'étaient les hommes du Nouveau-Brunswick. Parmi les trois catégories de services évaluées, les services hospitaliers ont eu tendance à afficher un taux de satisfaction quelque peu inférieur à celui des services de la part des médecins ou des services communautaires tant à l'échelle nationale que provinciale.

Au Nouveau-Brunswick, les taux de satisfaction générale ont quelque peu varié parmi les différents groupes d'âges le taux plus élevé chez le groupe des 65 ans et plus, et le plus bas chez les femmes de 20 à 34 ans. Les hommes de 20 à 34 ans ont affiché en général un taux de satisfaction beaucoup plus élevé que les femmes du même groupe d'âge par rapport aux services de santé. Chez les autres groupes d'âge, à la fois les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick affichaient en général des taux de satisfaction globale semblables par rapport aux services de santé.

Satisfaction des patients







DÉFINITION :

Pourcentage de la population adulte (15 ans et plus) se déclarant soit très satisfaite ou plutôt satisfaite de la manière dont ont été dispensés les services suivants : a) l'ensemble des services de santé, b) les services à l'hôpital, c) les services de la part d'un médecin de famille ou d'un autre médecin (exemple MD), et d) les services communautaires.

ANALYSE :

Près de 88 % des hommes et 84 % des femmes du Nouveau-Brunswick qui ont bénéficié de services de santé étaient soit « très satisfaits » ou « plutôt satisfaits » des services en 2000-2001. Les hommes du Nouveau-Brunswick affichaient un taux de satisfaction générale légèrement supérieur à celui chez les hommes canadiens; chez les femmes du Nouveau-Brunswick, le taux de satisfaction générale était semblable à celui chez les femmes canadiennes.

Les femmes du Nouveau-Brunswick étaient quelque peu plus satisfaites des services hospitaliers que ne l'étaient en général les hommes ou les femmes du Canada. Les hommes du Nouveau-Brunswick étaient légèrement plus satisfaits des services de la part des médecins que ne l'étaient en général les hommes et les femmes du Canada. Tant les hommes que les femmes du Nouveau-Brunswick étaient considérablement plus satisfaits des services communautaires que ne l'étaient respectivement les hommes ou les femmes du Canada. En outre, les femmes du Nouveau-Brunswick étaient plus satisfaites des services communautaires que ne l'étaient les hommes du Nouveau-Brunswick. Parmi les trois catégories de services évaluées, les services hospitaliers ont eu tendance à afficher un taux de satisfaction quelque peu inférieur à celui des services de la part des médecins ou des services communautaires tant à l'échelle nationale que provinciale.

Au Nouveau-Brunswick, les taux de satisfaction générale ont quelque peu varié parmi les différents groupes d'âges le taux plus élevé chez le groupe des 65 ans et plus, et le plus bas chez les femmes de 20 à 34 ans. Les hommes de 20 à 34 ans ont affiché en général un taux de satisfaction beaucoup plus élevé que les femmes du même groupe d'âge par rapport aux services de santé. Chez les autres groupes d'âge, à la fois les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick affichaient en général des taux de satisfaction globale semblables par rapport aux services de santé.

Tableau 9 Satisfaction des patients

Par groupe d'âge et par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (2000-2001)

Satisfaction des patients : Ensemble de services de santé

Groupe d'âge	Can. Hommes	N.-B. Hommes	Can. Femmes	N.-B. Femmes
15-19	89.2	82.1	83.8	83.9
20-34	81.4	91.3	82.1	78.1
35-44	82.0	85.1	84.4	86.0
45-64	85.1	86.3	85.0	83.9
65 +	88.8	93.0	89.6	93.3
15+	**84.4**	**87.9**	**84.8**	**84.4**

Satisfaction des patients : Services reçus à l'hôpital

Groupe d'âge	Can. Hommes	N.-B. Hommes	Can. Femmes	N.-B. Femmes
15-19	76.0	54.8 E	64.9	F
20-34	74.3	86.0	74.4	79.6
35-44	76.6	88.7	77.9	78.1
45-64	83.0	72.9	81.8	88.9
65 +	86.8	97.2	88.3	98.1
15+	**79.7**	**81.3**	**79.3**	**84.6**

(F : Pas assez fiables our être publiées) *(E : Données à utiliser avec précaution)*

Satisfaction des patients : Services reçus auprès d'un médecin de famille ou d'un autre médecin

Groupe d'âge	Can. Hommes	N.-B. Hommes	Can. Femmes	N.-B. Femmes
15-19	94.6	91.8	91.0	84.3
20-34	87.1	96.0	90.0	92.2
35-44	90.7	88.6	90.1	92.6
45-64	90.5	93.5	91.3	90.2
65 +	94.8	94.9	92.7	94.8
15+	**90.8**	**93.2**	**90.9**	**91.6**

Satisfaction des patients : Services communautaires reçus

Groupe d'âge	Can. Hommes	N.-B. Hommes	Can. Femmes	N.-B. Femmes
15-19	85.4	F	73.5	F
20-34	76.5	F	78.3	F
35-44	79.0	F	85.2	90.9
45-64	82.0	F	83.0	94.5
65 +	82.7	F	93.6	100.0
15+	**80.1**	**90.3**	**82.8**	**96.1**

(F : Pas assez fiables pour être publiées)

Spécifications techniques :

Pour chaque domaine de service, les deux questions qui suivent ont été posées : En général, comment évalueriez-vous la qualité des soins de santé reçus? ... Excellente? Bonne? Acceptable? Mauvaise? Et, en général, quel a été votre niveau de satisfaction à l'égard de la façon dont les services de santé vous ont été fournis? Étiez-vous…Très satisfait? Assez satisfait? Ni satisfait ni insatisfait? Assez insatisfait? Très insatisfait?

Exclusions : *Voir les exclusions de la base de l'enquête.*

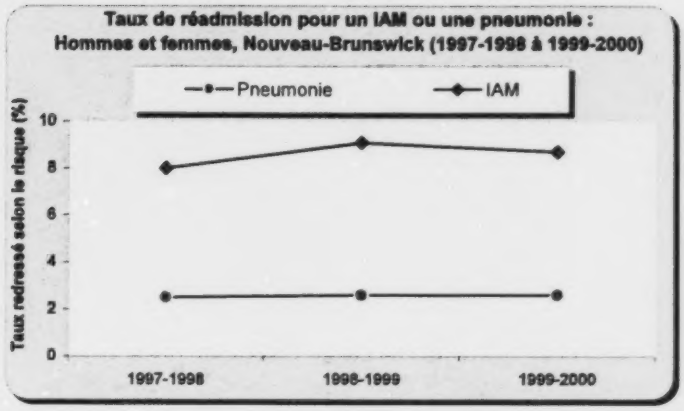
Numérateur : *Nombre pondéré et pourcentage de personnes ayant trouvé excellente ou bonne la qualité de chaque service et se disant très satisfaites ou assez satisfaites des services reçus.*

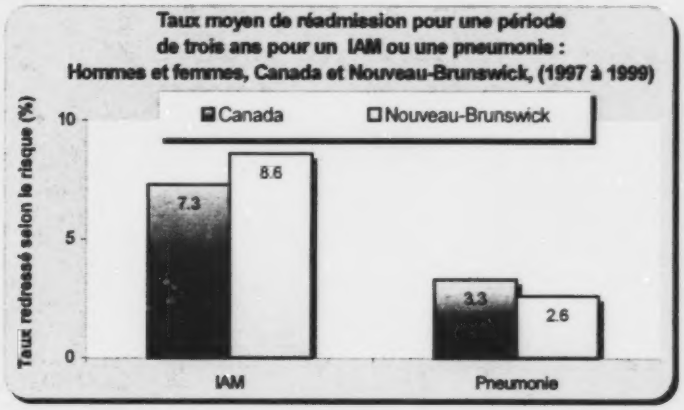
Dénominateur : *Total de la population (dans un groupe d'âge spécifique) qui a eu recours à des services de santé au cours des 12 derniers mois.*

Calcul : *(Numérateur/dénominateur) multiplié par 100.*

Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (sous-échantillonnage d'environ 25 000) – Cycle 1.1 2000.*

Taux de réadmission à l'hôpital pour un infarctus aigu du myocarde ou une pneumonie





DÉFINITION :

Taux redressé selon le risque de réadmission imprévue dans une établissement de soins actifs, après admission pour infarctus aigu du myocarde (IAM) ou une pneumonie. Un cas est considéré comme une réhospitalisation si celle-ci est motivée par une procédure ou un diagnostic pertinent et qu'elle a lieu dans les 28 jours après l'épisode de soins de référence. Afin de faciliter les comparaisons entre les différentes juridictions, on a eu recours à un modèle statistique (corrigé pour le risque) pour tenir compte des différences dans l'âge, le sexe et les conditions comorbides.

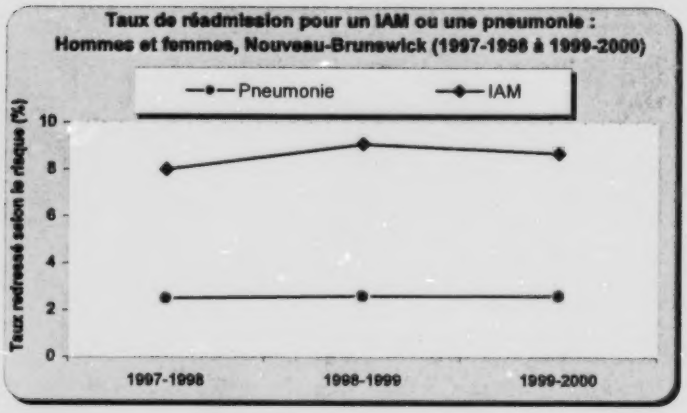
ANALYSE :

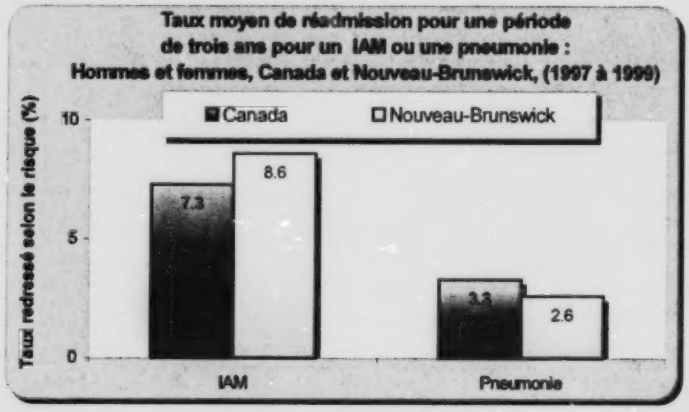
Entre 1997-1998 et 1999-2000 le taux de réhospitalisation pour les cas de pneumonie a peu changé au Nouveau-Brunswick. Au cours de la même période, le taux de réhospitalisation pour les cas d'IAM a affiché une légère hausse.

Au Nouveau-Brunswick, le taux moyen de réhospitalisation pour les cas d'IAM durant la période de trois ans de 1997-1998 à 1999-2000 a été quelque peu supérieur à la moyenne nationale, tandis que le taux moyen sur trois ans de réhospitalisation pour les cas de pneumonie était légèrement inférieur au taux national comparable.

Le taux de réhospitalisation fournit une mesure de la qualité des soins. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les réhospitalisations, notamment les médicaments prescrits au moment de la première sortie de l'hôpital, la façon dont le patient observe les directives, la qualité des soins de suivi dans la communauté après la sortie de l'hôpital, et la qualité et l'intégralité des soins durant le premier séjour à l'hôpital. Des taux de réhospitalisation supérieurs à la normale indiquent que certains ou tous les aspects suivants ont besoin d'amélioration : les pratiques à l'hôpital (c.-à-d. les critères relatifs au congé prématuré), la disponibilité de services communautaires appropriés, la coordination entre les fournisseurs de soins à l'hôpital et ceux de la communauté, ainsi que l'éducation et les directives fournies au patient.

Taux de réadmission à l'hôpital pour un infarctus aigu du myocarde ou une pneumonie





DÉFINITION :

Taux redressé selon le risque de réadmission imprévue dans une établissement de soins actifs, après admission pour infarctus aigu du myocarde (IAM) ou une pneumonie. Un cas est considéré comme une réhospitalisation si celle-ci est motivée par une procédure ou un diagnostic pertinent et qu'elle a lieu dans les 28 jours après l'épisode de soins de référence. Afin de faciliter les comparaisons entre les différentes juridictions, on a eu recours à un modèle statistique (corrigé pour le risque) pour tenir compte des différences dans l'âge, le sexe et les conditions comorbides.

ANALYSE :

Entre 1997-1998 et 1999-2000 le taux de réhospitalisation pour les cas de pneumonie a peu changé au Nouveau-Brunswick. Au cours de la même période, le taux de réhospitalisation pour les cas d'IAM a affiché une légère hausse.

Au Nouveau-Brunswick, le taux moyen de réhospitalisation pour les cas d'IAM durant la période de trois ans de 1997-1998 à 1999-2000 a été quelque peu supérieur à la moyenne nationale, tandis que le taux moyen sur trois ans de réhospitalisation pour les cas de pneumonie était légèrement inférieur au taux national comparable.

Le taux de réhospitalisation fournit une mesure de la qualité des soins. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les réhospitalisations, notamment les médicaments prescrits au moment de la première sortie de l'hôpital, la façon dont le patient observe les directives, la qualité des soins de suivi dans la communauté après la sortie de l'hôpital, et la qualité et l'intégralité des soins durant le premier séjour à l'hôpital. Des taux de réhospitalisation supérieurs à la normale indiquent que certains ou tous les aspects suivants ont besoin d'amélioration : les pratiques à l'hôpital (c.-à-d. les critères relatifs au congé prématuré), la disponibilité de services communautaires appropriés, la coordination entre les fournisseurs de soins à l'hôpital et ceux de la communauté, ainsi que l'éducation et les directives fournies au patient.

Tableau 10 Taux de réadmissions pour un IAM ou une pneumonie

Taux de réadmissions pour un infarctus aigu du myocarde :
Hommes et femmes, Canada et Nouveau-Brunswick (1997-1998 à 1999-2000)
Taux redressé selon le risque (%)

	Hommes et femmes	
Année	**Canada**	**N.-B.**
1997-1998	n.d.	8.0
1998-1999	n.d.	9.1
1999-2000	n.d.	8.7
1997 à 1999*	7.3	8.6

** Taux moyen de 3 ans*
n.d. – Données non disponibles

Taux de réadmissions pour une pneumonie :
Hommes et femmes, Canada et Nouveau-Brunswick (1997-1998 à 1999-2000)
Taux redressé selon le risque (%)

	Hommes et femmes	
Année	**Canada**	**N.-B.**
1997-1998	n.d.	2.5
1998-1999	n.d.	2.6
1999-2000	n.d.	2.6
1997 à 1999*	3.3	2.6

** Taux moyen de 3 ans*
n.d. – Données non disponibles

Spécifications techniques :

Numérateur : *Nombre de tranches de soins actifs pour un infarctus aigu du myocarde ou une pneumonie (parmi les patients âgés de 15 à 84 ans) en établissement de soins actifs avec réadmission pendant l'année.*

Dénominateur : *Nombre total de tranches de soins actif pour un infarctus aigu du myocarde ou une pneumonie (parmi les patients âgés de 15 à 84 ans) pendant l'année.*

Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, *Base de données sur les congés des patients, ICIS.*

Calcul : *L'âge, le sexe et certaines affections comorbides sont insérés dans un modèle de régression logistique comme variables indépendantes. Les coefficients dérivés du modèle logistique sont utilisés pour calculer la probabilité d'une réadmission pour chaque cas (tranche indice). Le taux prévu de réadmission d'une province est la somme de ces probabilités de cas, divisée par le nombre total de cas. Le taux de réadmission redressé selon le risque (TRRR) est calculé en divisant le taux de réadmission observé dans chaque province par le taux de réadmission prévu de la province et en multipliant par le taux moyen de réadmission. Un intervalle de confiance de 95 pour cent est également calculé pour le TRRR.*

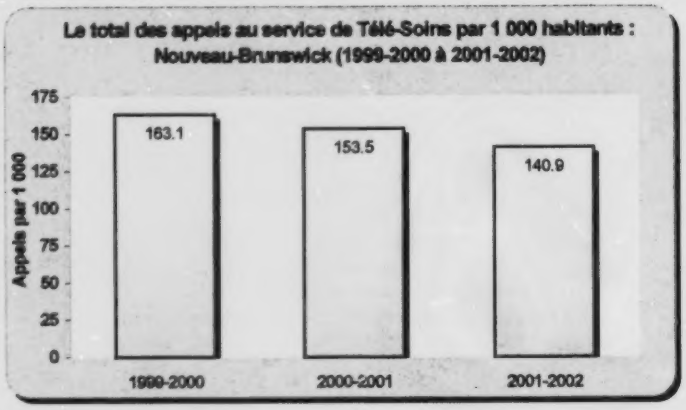
Références :

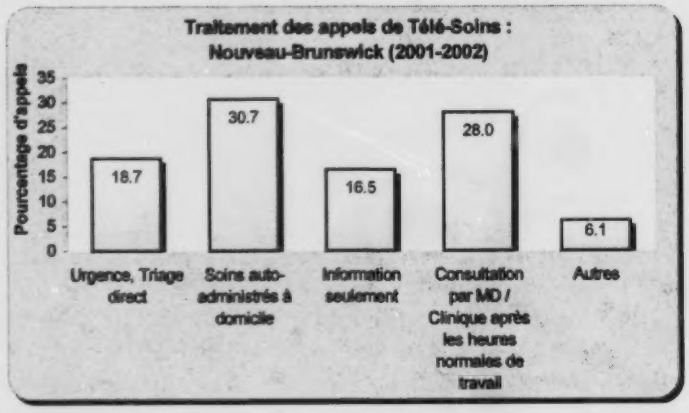
Brown, A.D. et Anderson, G.M., « Methods for measuring clinical utilization and outcomes », G.R. Baker, G.M. Anderson, A.D. Brown et coll. (éd.), The Hospital Report '99.

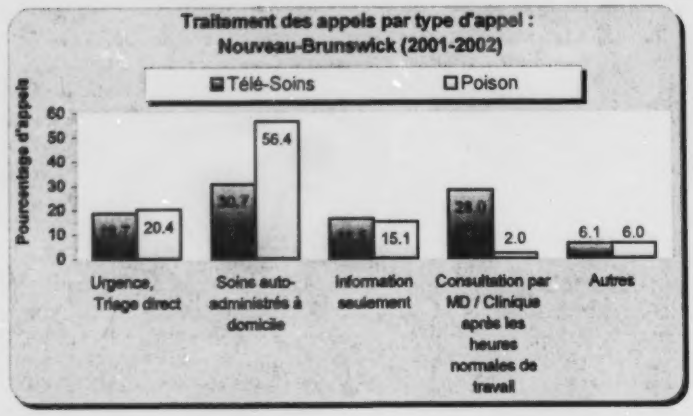
Health Care Performance Measurement Group, University of Toronto, Toronto, 1999.
Hosmer, D.W. et Lemeshow, S., « Confidence interval estimates of an index of quality performance based on logistic regression models », Statistics in Medicine, vol. 14, (octobre 1995), p. 2161-2172.

Rapport des hôpitaux sur les soins aigus pour 2001. Utilisation clinique et résultats. Une initiative conjointe de l'Ontario Hospital Association et du gouvernement de l'Ontario, en 2001.

Accès aux services de première ligne 24 h sur 24, 7 jours par semaine







DÉFINITION :

Cet indicateur fournit les mesures d'utilisation diverses, de qualité et de résultats liés au service téléphonique gratuit Télé-Soins du Nouveau-Brunswick. Les mesures spécifiques incluent le nombre d'appels (par 1 000 habitants), la durée moyenne des appels répondus et le traitement des appels. Veuillez prendre note que cet indicateur ne fait partie des 67 indicateurs comparables adoptés par toutes les juridictions. Par conséquent, les données comparatives nationales ne sont pas disponibles pour cet indicateur.

ANALYSE :

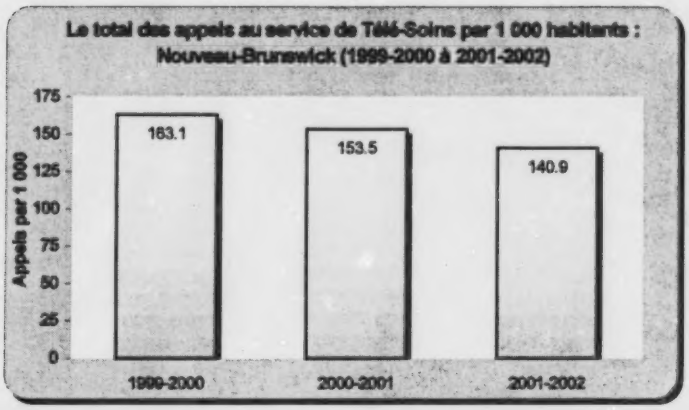
Télé-Soins offre un accès téléphonique bilingue 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, dans l'ensemble de la province à des infirmières immatriculées pour le triage des conditions non urgentes reliées à des symptômes ainsi que pour obtenir de l'information et des conseils concernant la lutte anti-poison, la rage, le virus du Nil occidental et d'autres préoccupations en matière de santé.

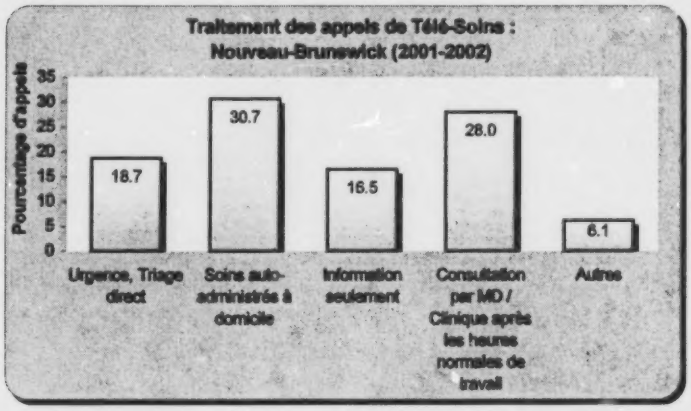
De 1999-2000 à 2001-2002, le nombre total d'appels reçus par Télé-Soins a diminué d'environ 6 %. En 2000-2001, près de 95 % des 106 677 appels reçus entraient dans la catégorie des services « Télé-Soins »; un peu plus de 2 % avaient trait à la lutte anti-poison et les derniers 3 % avaient trait à parts égales à de l'information sur la rage et sur le virus du Nil occidental.

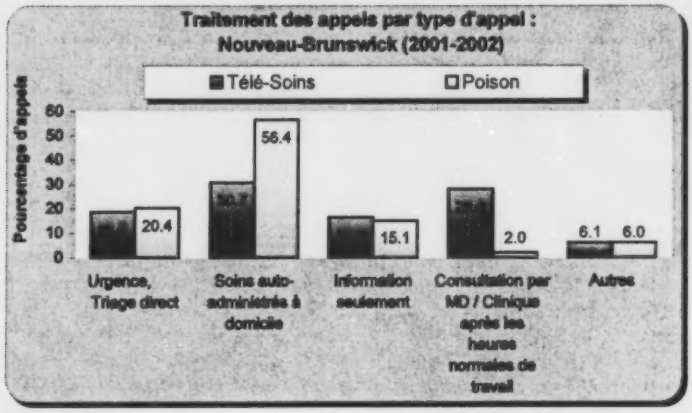
En 2000-2001, la plupart des appels au service Télé-Soins (c.-à-d. à peu près 31%) ont donné lieu à des conseils de soins auto-administrés à domicile. Près de 28 % des appelants ont été adressés à leur médecin de famille ou à une clinique après les heures normales de travail, près de 19 % on été dirigés vers un service d'urgence et près de 17 % avaient besoin d'information seulement. Les derniers 6 % ont reçu divers services, notamment en étant adressés aux services médicaux d'urgence 911 pour le transport d'urgence (2,2 %) ou en étant adressés à d'autres fournisseurs de soins de santé (1,5 %). Les appels relatifs à un empoisonnement étaient plus susceptibles de faire l'objet de conseils en matière de soins auto-administrés à la maison que les autres appels au service Télé-Soins. Réciproquement, les appels reliés à un empoisonnement étaient moins susceptibles de donner lieu à un renvoi à un médecin ou à une clinique de consultation après les heures normales de travail.

En 2000-2001, la durée moyenne d'un appel à Télé-Soins était de 11 minutes, tandis que les appels reliés à un empoisonnement duraient en moyenne 10 minutes.

Accès aux services de première ligne 24 h sur 24, 7 jours par semaine







DÉFINITION :

Cet indicateur fournit les mesures d'utilisation diverses, de qualité et de résultats liés au service téléphonique gratuit Télé-Soins du Nouveau-Brunswick. Les mesures spécifiques incluent le nombre d'appels (par 1 000 habitants), la durée moyenne des appels répondus et le traitement des appels. Veuillez prendre note que cet indicateur ne fait partie des 67 indicateurs comparables adoptés par toutes les juridictions. Par conséquent, les données comparatives nationales ne sont pas disponibles pour cet indicateur.

ANALYSE :

Télé-Soins offre un accès téléphonique bilingue 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, dans l'ensemble de la province à des infirmières immatriculées pour le triage des conditions non urgentes reliées à des symptômes ainsi que pour obtenir de l'information et des conseils concernant la lutte anti-poison, la rage, le virus du Nil occidental et d'autres préoccupations en matière de santé.

De 1999-2000 à 2001-2002, le nombre total d'appels reçus par Télé-Soins a diminué d'environ 6 %. En 2000-2001, près de 95 % des 106 677 appels reçus entraient dans la catégorie des services « Télé-Soins »; un peu plus de 2 % avaient trait à la lutte anti-poison et les derniers 3 % avaient trait à parts égales à de l'information sur la rage et sur le virus du Nil occidental.

En 2000-2001, la plupart des appels au service Télé-Soins (c.-à-d. à peu près 31%) ont donné lieu à des conseils de soins auto-administrés à domicile. Près de 28 % des appelants ont été adressés à leur médecin de famille ou à une clinique après les heures normales de travail, près de 19 % on été dirigés vers un service d'urgence et près de 17 % avaient besoin d'information seulement. Les derniers 6 % ont reçu divers services, notamment en étant adressés aux services médicaux d'urgence 911 pour le transport d'urgence (2,2 %) ou en étant adressés à d'autres fournisseurs de soins de santé (1,5 %). Les appels relatifs à un empoisonnement étaient plus susceptibles de faire l'objet de conseils en matière de soins auto-administrés à la maison que les autres appels au service Télé-Soins. Réciproquement, les appels reliés à un empoisonnement étaient moins susceptibles de donner lieu à un renvoi à un médecin ou à une clinique de consultation après les heures normales de travail.

En 2000-2001, la durée moyenne d'un appel à Télé-Soins était de 11 minutes, tandis que les appels reliés à un empoisonnement duraient en moyenne 10 minutes.

Tableau 11 Accès aux services de première ligne 24 h sur 24, 7 jours par semaine

Utilisation de Télé-Soins :

Total des appels traités par type de service et total des appels par 1 000 habitants (1999-2000 à 2001-2002)

	Type de service				Total	Appels par
Année	Télé-Soins	Poison	Nil Occidental	Rage	d'appels	1 000 habitants
1999-2000	120201	2817	0	0	123018	163.1
2000-2001	112894	2564	22	453	115933	153.5
2001-2002	101042	2483	1340	1812	106677	140.9

Efficacité de Télé-Soins : Durée moyenne de l'appel par type de service (1999-2000 à 2001-2002)

	Durée moyenne de l'appel (minutes)			
Année	Télé-Soins	Poison	Nil Occidental	Rage
1999-2000	10.7	9.4	n.d.	n.d.
2000-2001	11.2	9.6	3.2	12.1
2001-2002	10.9	9.9	7.6	9.6

n.d. – Données non disponibles

Résultats de Télé-Soins : Traitement des appels à Télé-Soins (1999-2000 à 2001-2002)

	Traitement des appels (en pourcentage)				
Année	Urgence, Triage dirigé	Soins auto-administrés à la maison	Information seulement	Clinique après les heures normales de travail	Autres
1999-2000	21.2	29.2	10.5	36.2	3.0
2000-2001	18.1	31.3	12.5	34.6	3.5
2001-2002	18.7	30.7	16.5	28.0	6.1

Résultats de Télé-Soins: Traitement des appels pour les cas d'empoisonnement (1999-2000 à 2001-2002)

	Traitement des appels (en pourcentage)				
Année	Urgence, Triage dirigé	Soins auto-administrés à la maison	Information seulement	Clinique après les heures normales de travail	Autres
1999-2000	25.8	56.7	8.8	2.8	6.1
2000-2001	20.5	55.9	13.7	2.8	7.0
2001-2002	20.4	56.4	15.1	2.0	6.0

Spécifications techniques :

Définition : *Les services d'appels sont des appels traités et enregistrés dans le logiciel de Télé-Soins par des infirmières; exclut les appels qui ont eu comme conséquence un service autre que le triage pour des raisons ou des informations relatives à des symptômes spécifiques.*
La catégorie «autres» comprenait l'orientations vers d'autres services de santé se rapportant au service de messures d'urgence 911 pour le transport à un service d'urgence, l'orientation vers d'autres services et du patient pour l'évaluation.

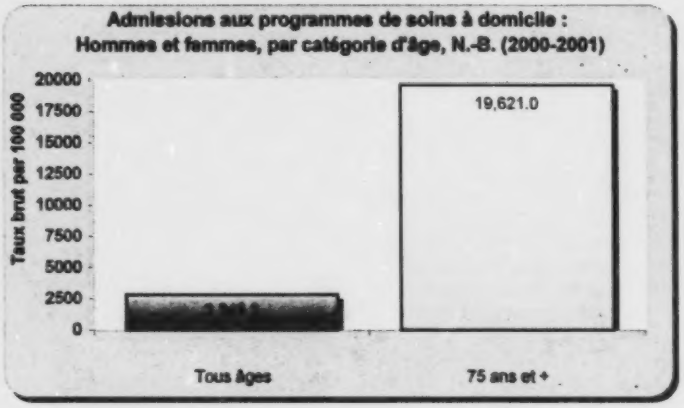
Calcul : *Appels par 1 000 habitants*

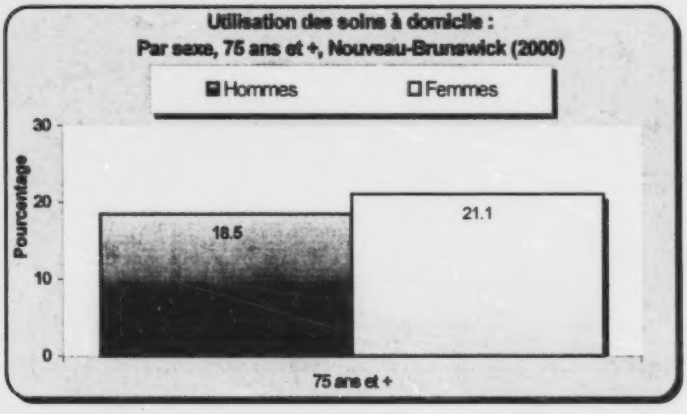
Numérateur : *La somme des appels de service classés par catégorie comme Télé-Soins, poison, rage ou Nil occidental pour chaque exercice financier.*

Dénominateur : *Population estimée du Nouveau-Brunswick pour chaque année selon les données publiées par Statistique Canada en juillet 2002.*

Sources : *Division des services en établissement, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick.*

Services de soins à domicile et de soins communautaires





DÉFINITION :

Cette section comprend trois indicateurs : 1) Admissions aux programmes de soins à domicile : le nombre de personnes (par 100 000 habitants) admises aux services publics de soins à domicile; 2) Admissions aux programmes de soins à domicile, personnes de 75 ans et plus : le nombre de personnes âgées d'au moins 75 ans (par 100 000 habitants âgés de 75 ans et plus) admises aux services publics de soins à domicile; et 3) Utilisation des services de soins à domicile: le pourcentage estimé parmi la population (personnes de 65 à 74 ans et personnes de 75 ans et plus) recevant des services d'entretien ménager, de soins infirmiers ou de relève. Remarque : Aucune donnée nationale semblable n'est disponible pour ces mesures.

ANALYSE :

L'indicateur 1 montre que, au cours de l'année 2000-2001, environ 2,8 % de la population du Nouveau-Brunswick (c'est-à-dire 2 800 personnes sur 100 000) a été officiellement admises à un programme de soins de santé à domicile ou de soutien à domicile subventionné par le gouvernement. Il n'est pas étonnant que l'indicateur 2 montre que le taux d'admission aux services de soins à domicile était beaucoup plus élevé chez les personnes de 75 ans et plus (environ 20 %).

L'indicateur 3 montre que, au Nouveau-Brunswick, environ 19 % des hommes et 21 % des femmes âgés de 75 ans et plus interrogés en 2000-2001 ont indiqué avoir reçu certains services de soins à domicile au cours de l'année précédente. L'utilisation légèrement plus élevée des services de soins à domicile chez les femmes de 75 ans et plus pourrait être due à l'espérance de vie des femmes qui est plus élevée (en moyenne, les femmes faisant partie du groupe des personnes âgées de 75 ans et plus tendent à être plus âgées que les hommes du même groupe d'âge).

Bien que les données pour mesurer les indicateurs 2 et 3 proviennent de différentes sources, les deux indicateurs montrent qu'environ 20 % de la population du Nouveau-Brunswick âgée de 75 ans et plus a reçu certains services de soins de santé à domicile ou de soutien à domicile en 2000-2001.

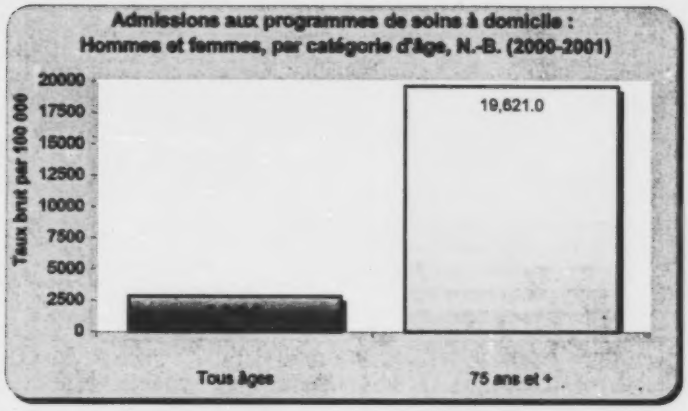
Les services de soins à domicile permettent aux clients de vivre dans leur foyer et de maintenir une santé et un mieux-être optimaux. On s'attend à ce que la demande de services de soins à domicile augmente à mesure que la population vieillit.

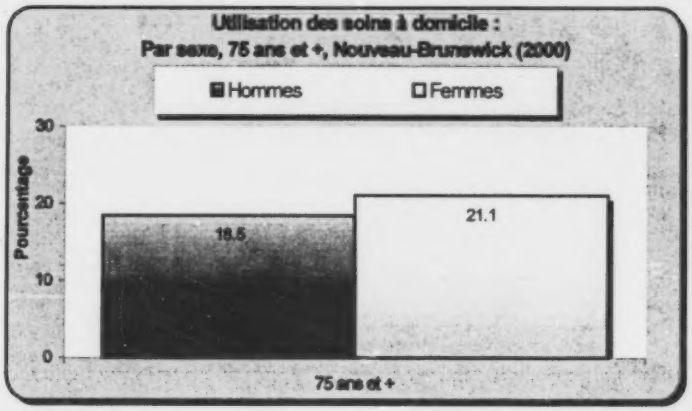
Nota :

Dans le cas de l'indicateur 1 sur les admissions aux programmes des soins à domicile, les admissions comprennent les admissions au Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick ainsi qu'au Programme des services communautaires destinés aux enfants ayant des besoins spéciaux et au Programme de soins de longue durée offerts par le ministère des Services familiaux et communautaires. L'indicateur 2 utilise les mêmes données, mais n'inclut pas les admissions au Programme des services communautaires destinés aux enfants ayant des besoins spéciaux. Ces données peuvent comprendre des admissions multiples pour un même client (une personne peut être comptée plus d'une fois dans une année financière donnée si elle quitte le programme de soins à domicile puis est acceptée pour une autre période de service au cours de la même année).

Les données du troisième indicateur sont fondées sur les données obtenues au moyen d'un sondage auquel ont répondu les intéressés et, en conséquence, il y a de fortes chances qu'il reflète l'utilisation d'une gamme de services à domicile plus étendue que les indicateurs 1 et 2.

Services de soins à domicile et de soins communautaires





DÉFINITION :

Cette section comprend trois indicateurs : 1) Admissions aux programmes de soins à domicile : le nombre de personnes (par 100 000 habitants) admises aux services publics de soins à domicile; 2) Admissions aux programmes de soins à domicile, personnes de 75 ans et plus : le nombre de personnes âgées d'au moins 75 ans (par 100 000 habitants âgés de 75 ans et plus) admises aux services publics de soins à domicile; et 3) Utilisation des services de soins à domicile: le pourcentage estimé parmi la population (personnes de 65 à 74 ans et personnes de 75 ans et plus) recevant des services d'entretien ménager, de soins infirmiers ou de relève. Remarque : Aucune donnée nationale semblable n'est disponible pour ces mesures.

ANALYSE :

L'indicateur 1 montre que, au cours de l'année 2000-2001, environ 2,8 % de la population du Nouveau-Brunswick (c'est-à-dire 2 800 personnes sur 100 000) a été officiellement admises à un programme de soins de santé à domicile ou de soutien à domicile subventionné par le gouvernement. Il n'est pas étonnant que l'indicateur 2 montre que le taux d'admission aux services de soins à domicile était beaucoup plus élevé chez les personnes de 75 ans et plus (environ 20 %).

L'indicateur 3 montre que, au Nouveau-Brunswick, environ 19 % des hommes et 21 % des femmes âgés de 75 ans et plus interrogés en 2000-2001 ont indiqué avoir reçu certains services de soins à domicile au cours de l'année précédente. L'utilisation légèrement plus élevée des services de soins à domicile chez les femmes de 75 ans et plus pourrait être due à l'espérance de vie des femmes qui est plus élevée (en moyenne, les femmes faisant partie du groupe des personnes âgées de 75 ans et plus tendent à être plus âgées que les hommes du même groupe d'âge).

Bien que les données pour mesurer les indicateurs 2 et 3 proviennent de différentes sources, les deux indicateurs montrent qu'environ 20 % de la population du Nouveau-Brunswick âgée de 75 ans et plus a reçu certains services de soins de santé à domicile ou de soutien à domicile en 2000-2001.

Les services de soins à domicile permettent aux clients de vivre dans leur foyer et de maintenir une santé et un mieux-être optimaux. On s'attend à ce que la demande de services de soins à domicile augmente à mesure que la population vieillit.

Nota :

Dans le cas de l'indicateur 1 sur les admissions aux programmes des soins à domicile, les admissions comprennent les admissions au Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick ainsi qu'au Programme des services communautaires destinés aux enfants ayant des besoins spéciaux et au Programme de soins de longue durée offerts par le ministère des Services familiaux et communautaires. L'indicateur 2 utilise les mêmes données, mais n'inclut pas les admissions au Programme des services communautaires destinés aux enfants ayant des besoins spéciaux. Ces données peuvent comprendre des admissions multiples pour un même client (une personne peut être comptée plus d'une fois dans une année financière donnée si elle quitte le programme de soins à domicile puis est acceptée pour une autre période de service au cours de la même année).

Les données du troisième indicateur sont fondées sur les données obtenues au moyen d'un sondage auquel ont répondu les intéressés et, en conséquence, il y a de fortes chances qu'il reflète l'utilisation d'une gamme de services à domicile plus étendue que les indicateurs 1 et 2.

Table 12.1 Services de soins à domicile

Admissions aux programmes de soins à domicile tous âges et 75 ans et + :
Hommes et femmes, par catégorie d'âge, Nouveau-Brunswick (2000-2001)
Taux brut par 100 000 habitants

	N.-B. Hommes et femmes	
Année	**Tous âges**	**75 ans et plus**
2000-2001	2,848.0	19,621.0

Utilisation des soins à domicile :
Hommes et femmes, par catégorie d'âge, Nouveau-Brunswick (2000-2001)
Estimation du pourcentage de la population qui reçoit des services de soins infirmiers, de relève ou d'entretien ménager

	N.-B. Hommes et femmes	
Sexe	**65 à 74**	**75 ans et plus**
Hommes	F	18.5 E
Femmes	7.4 E	21.1

(F – Pas assez fiables pour être publiées)
(E – Données à utiliser avec précaution)

Spécifications techniques :

Admission aux soins à domicile

Exclusions :	*Aucune (les données administratives ne permettent pas d'exclure les clients de l'extérieur de la province).*
Numérateur :	*Nombre total d'admissions aux programmes de services de soins à domicile pour chaque catégorie d'âge (services de santé, services sociaux et services de soutien) au cours de l'exercice.*
Dénominateur :	*Total de la population pour chaque catégorie d'âge selon le recensement ou les prévisions démographiques.*
Calcul :	*Total des admissions aux programmes de services de soins à domicile pour chaque catégorie d'âge divisé par le total de la population pour chaque catégorie d'âge*
Source :	*Sondage spécial des ministères provinciaux et territoriaux (ministères du N.-B. : Santé et Mieux-être, Services familiaux et communautaires), recensement de Statistique Canada, ISQ.*

Spécifications techniques :

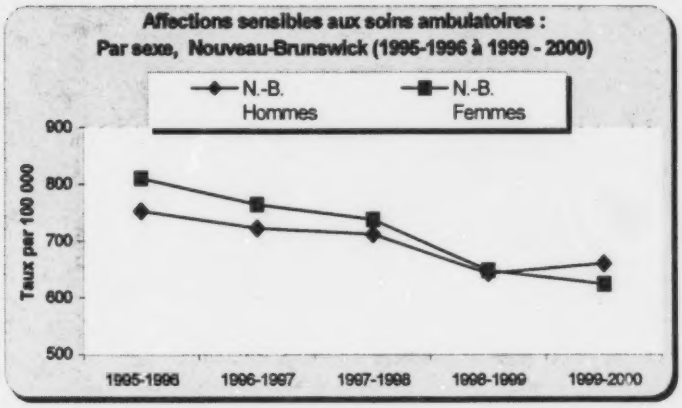
Utilisation des soins à domicile

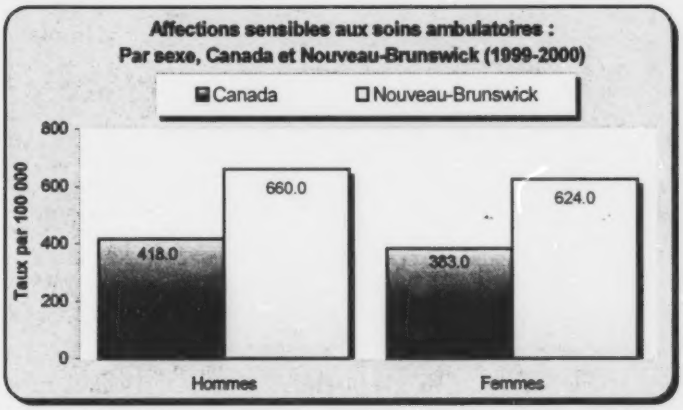
Exclusions :	*Exclusion prévues par l'ESCC; provinces et territoires dont une partie ou la totalité des régions ont choisies de ne pas faire figurer ces questions facultatives sur le questionnaire de l'enquête.*
Numérateur :	*Nombre pondéré et pourcentage de personnes ayant déclaré recevoir certains types de services.*
Dénominateur :	*Total de la population canadienne dans un groupe d'âge spécifique.*
Calcul :	*(Numérateur/dénominateur) multiplié par 100.*
Source :	*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1 2000.*

L'ESCC inclut la définition qui suit des services de soins à domicile :
Les services de soins à domicile sont des services de soins de santé ou d'entretien ménager reçus à domicile et qui sont entièrement ou partiellement subventionnés par le gouvernement. Les questions suivantes sont incluses :

- *Avez-vous reçu des soins à domicile, quels qu'ils soient, au cours des 12 derniers mois?* *oui/non*
- *Quels types de services avez-vous reçus?*
  (Les services doivent être entièrement ou partiellement subventionnés par le gouvernement.)
  Soins infirmiers (p. ex., changement de pansement, infirmières de l'Ordre de Victoria)
  Autres services de soins de santé (p. ex., physiothérapie, conseils en nutrition)
  Soins personnels (p. ex., bain, soins des pieds)
  Travail ménager (p. ex., ménage, lessive)
  Préparation ou livraison de repas
  Magasinage
  Service de relève (c.-à-d., programme de soutien des personnes qui assurent les soins)
  Autre - préciser

Affections sensibles aux soins ambulatoires





DÉFINITION :

Le taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge dans un établissement de soins actifs pour des cas où les soins ambulatoires appropriés (soins donnés dans la communauté ou dispensés par l'entremise des services ambulatoires) peuvent prévenir ou réduire le besoin d'une hospitalisation.

ANALYSE :

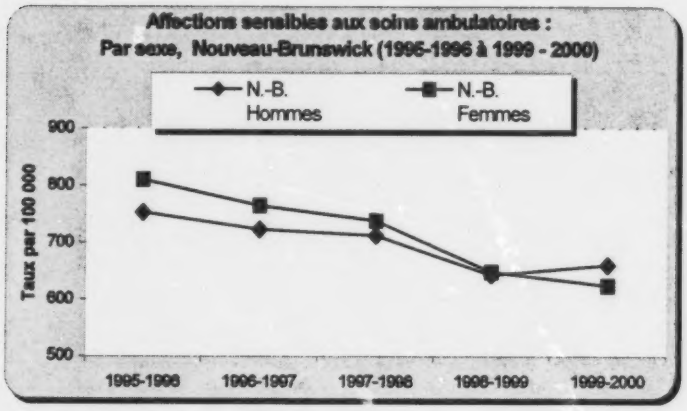
Le taux d'hospitalisation pour les cas d'affections sensibles aux soins ambulatoires chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick a considérablement diminué de 1995-1996 à 1999-2000. Au cours de la même période, ce taux a chuté d'environ 12 % chez les hommes, et d'environ 23 % chez les femmes.

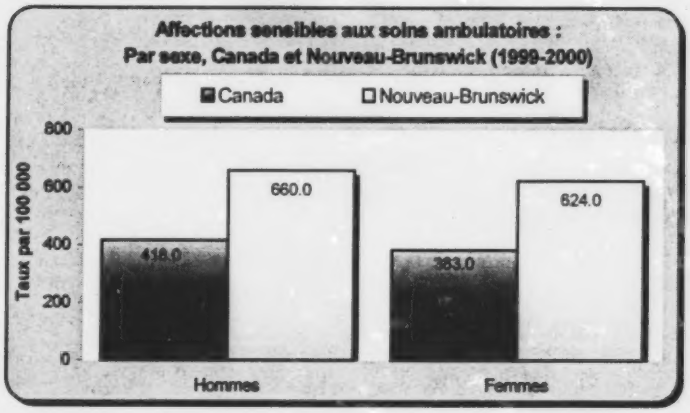
Malgré les baisses remarquables observées à la fin des années 90, le taux d'hospitalisation pour les cas d'affections sensibles aux soins ambulatoires du Nouveau-Brunswick est demeuré bien au-dessus de la moyenne nationale. En 1999-2000, le taux d'hospitalisation pour les cas d'affections sensibles aux soins ambulatoires chez les femmes du Nouveau-Brunswick était de plus ou moins 63 % supérieur à la moyenne chez les femmes à l'échelle nationale. Chez les hommes du Nouveau-Brunswick, le taux était de 58 % supérieur à la moyenne nationale.

À la fois aux niveaux national et provincial, le taux d'hospitalisation pour les cas d'affections sensibles aux soins ambulatoires chez les hommes était légèrement supérieur à celui chez les femmes en 1999-2000. Pour l'ensemble du Canada, les hommes affichaient un taux de 9 % supérieur à celui chez les femmes. Au Nouveau-Brunswick, en 1999-2000, le taux chez les hommes était de plus ou moins 6 % supérieur à celui chez les femmes.

Les taux d'hospitalisation à la baisse pour les cas d'affections sensibles aux soins ambulatoires, tels le diabète, l'asthme, la dépendance à l'égard des drogues ou de l'alcool, l'hypertension, les cas de maladie mentale et autres, sont une indication d'un accès approprié aux soins de santé communautaires. Le traitement approprié de ces cas avant que l'hospitalisation soit nécessaire contribue à améliorer l'état de santé des patients individuels et de l'ensemble de la collectivité.

Affections sensibles aux soins ambulatoires





DÉFINITION :

Le taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge dans un établissement de soins actifs pour des cas où les soins ambulatoires appropriés (soins donnés dans la communauté ou dispensés par l'entremise des services ambulatoires) peuvent prévenir ou réduire le besoin d'une hospitalisation.

ANALYSE :

Le taux d'hospitalisation pour les cas d'affections sensibles aux soins ambulatoires chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick a considérablement diminué de 1995-1996 à 1999-2000. Au cours de la même période, ce taux a chuté d'environ 12 % chez les hommes, et d'environ 23 % chez les femmes.

Malgré les baisses remarquables observées à la fin des années 90, le taux d'hospitalisation pour les cas d'affections sensibles aux soins ambulatoires du Nouveau-Brunswick est demeuré bien au-dessus de la moyenne nationale. En 1999-2000, le taux d'hospitalisation pour les cas d'affections sensibles aux soins ambulatoires chez les femmes du Nouveau-Brunswick était de plus ou moins 63 % supérieur à la moyenne chez les femmes à l'échelle nationale. Chez les hommes du Nouveau-Brunswick, le taux était de 58 % supérieur à la moyenne nationale.

À la fois aux niveaux national et provincial, le taux d'hospitalisation pour les cas d'affections sensibles aux soins ambulatoires chez les hommes était légèrement supérieur à celui chez les femmes en 1999-2000. Pour l'ensemble du Canada, les hommes affichaient un taux de 9 % supérieur à celui chez les femmes. Au Nouveau-Brunswick, en 1999-2000, le taux chez les hommes était de plus ou moins 6 % supérieur à celui chez les femmes.

Les taux d'hospitalisation à la baisse pour les cas d'affections sensibles aux soins ambulatoires, tels le diabète, l'asthme, la dépendance à l'égard des drogues ou de l'alcool, l'hypertension, les cas de maladie mentale et autres, sont une indication d'un accès approprié aux soins de santé communautaires. Le traitement approprié de ces cas avant que l'hospitalisation soit nécessaire contribue à améliorer l'état de santé des patients individuels et de l'ensemble de la collectivité.

Tableau 12.2 Affections sensibles aux soins ambulatoires :

Affections sensibles aux soins ambulatoires :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1995-1996 à 1999-2000)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1995-1996	503.0	785.6	513.0	752.4	492.0	810.1
1996-1997	463.0	744.7	475.0	722.1	450.0	764.6
1997-1998	447.0	725.1	461.0	712.2	431.0	738.1
1998-1999	411.0	645.8	425.0	642.6	397.0	647.3
1999-2000	401.0	642.0	418.0	660.0	383.0	624.0

n.d. – Données non disponibles

Spécifications techniques :

Exclusions : *Les patients non traités à titre de malades hospitalisés en établissement de soins actifs (p. ex. ceux qui ne sont vus qu'à l'urgence ou dans des établissements de soins chroniques).*

Numérateur : *Nombre de départs de patients hospitalisés pour ASSA des hôpitaux de soins actifs (congés et décès) au cours de l'année, par catégories d'âge et par sexe.*

Code(s) de diagnostic : D'après la référence d'Alberta Health ci-dessous, un code de diagnostic primaire de la CIM-9 ou CIM-9-CM :

250 Diabète
291 Psychoses alcooliques
292 Psychoses dues aux drogues
300 Troubles névrotiques
303 Syndrome de dépendance alcoolique
304 Dépendance à l'égard des drogues
305 Abus de drogues sans dépendance
311 Trouble dépressif, non classifié ailleurs
401 Hypertension essentielle
402 Maladie du cœur avec hypertension
403 Maladie rénale avec hypertension
404 Maladie cardio-rénale avec hypertension
405 Asthme avec hypertension secondaire
493 Asthme

Dénominateur : *Population par catégories d'âge et par sexe, selon le recensement ou les prévisions démographiques, pour l'année.*

Calcul : *Les taux normalisés sont redressés en fonction de l'âge à l'aide d'une méthode directe de normalisation basée sur la population canadienne au 1er juillet 1991.*

Source : *Données sur la morbidité hospitalière, ICIS. Recensement, Statistique Canada; ISQ.*

Références :

Alberta Health. « Health authority business plan and annual report requirements, 1999-2000 à 2001-2002 », Edmonton, déc. 1998, p. 22.

Anderson, G.M. « Common conditions considered sensitive to ambulatory care «, V. Goel, J.I. Williams G.M. Anderson, P. Blackstien-Hirsch, C. Fooks et C.D. Naylor (éd.), Patterns of Health care in Ontario. The ICES practice atlas, 2e édition, Ottawa, Association médicale canadienne, 1996, p. 104-110.

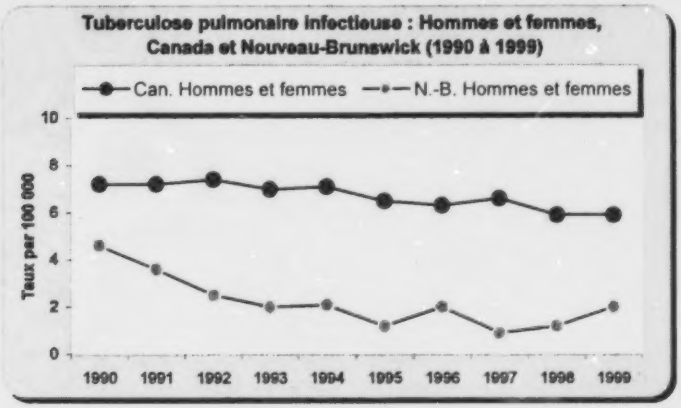
Billings, J., Anderson, G.M. & Newman, L.S., « Recent findings on preventable hospitalizations », Health Affairs, vol. 15, no 3 (automne 1996), p. 239-249.

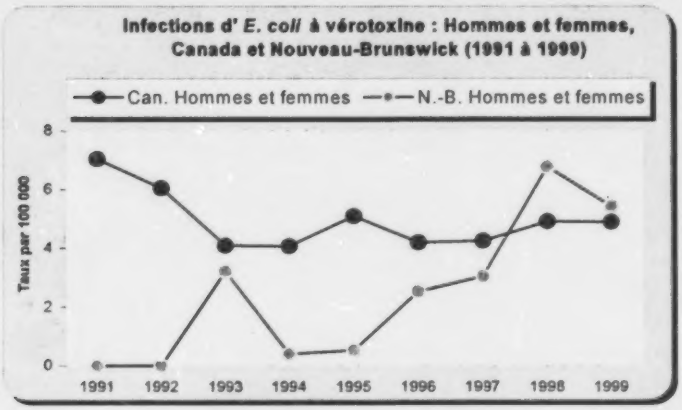
Billings, J., Zeital, L., Lukomnik, J., Carey, T. S., Blank, A. E., & Newman, L. (1993, été). «Impact of socio-economic status on hospital use in New York City», Health Affairs, p. 162-173.

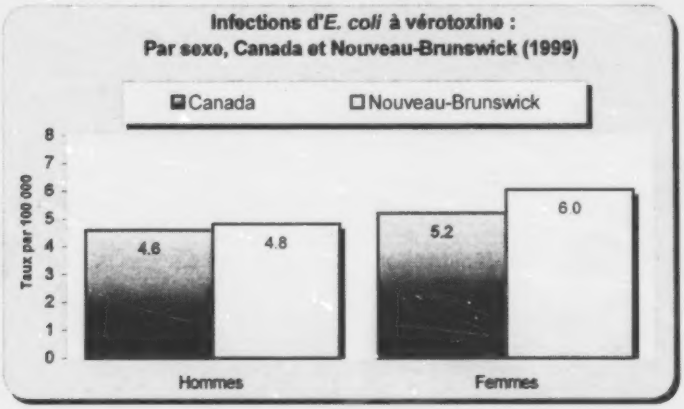
Brown, A.D., Goldacre, M.J., Hicks, N., Rourke, J.T., McMurty, R.Y., Brown, J.D., Anderson, G.M. «Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics», Canadian Journal of Public Health 2001; 92(2);155-160.

Manitoba Centre of Health Policy and Evaluation. Ambulatory Care Sensitive (ACS) conditions. http://www.umanitoba.ca/denters/mchpe/concept/dict/ACS_conditions.htm.

Tuberculose et *E. coli* à vérotoxine







DÉFINITION :

Cette section inclut des données pour deux indicateurs. (1) Le nombre (par 100 000 habitants) de nouveaux cas actifs ou de rechute de tuberculose pulmonaire infectieuse et (2) le nombre (par 100 000 habitants) de nouveau cas d'infections dues à l'*E. coli* producteur de vérotoxine. À noter que ces taux ne sont pas normalisés selon l'âge.

ANALYSE :

De 1990 à 1999, il y a eu une tendance à la baisse du taux d'incidence de tuberculose au niveau national; au Nouveau-Brunswick, ce taux a beaucoup diminué. De 1990 à 1999, le taux national a diminué d'environ 18 % tandis qu'au Nouveau-Brunswick, il a chuté de près de 57% au cours de la même période. Au Nouveau-Brunswick, le taux d'incidence de tuberculose était constamment de beaucoup inférieur à celui pour l'ensemble du Canada. En 1999, le taux d'incidence au Nouveau-Brunswick était de 66% inférieur à la moyenne nationale.

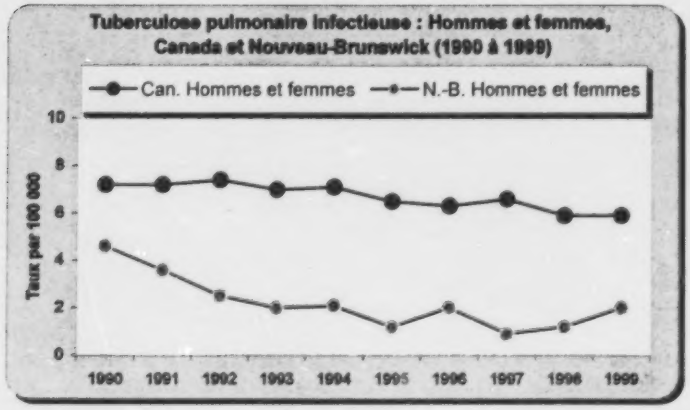
À l'échelle nationale, le taux d'incidence d'infections dues à l'*E. coli* a été relativement stable de 1994 à 1999. Durant cette période, le taux d'incidence au Nouveau-Brunswick a augmenté considérablement. Avant 1998, le taux d'incidence d'infections dues à l'*E. coli* était généralement plus bas au Nouveau-Brunswick que dans l'ensemble du Canada. Cependant, en 1998 et 1999, le taux provincial a dépassé la moyenne nationale. En 1999, il était d'environ 10 % supérieur au taux national.

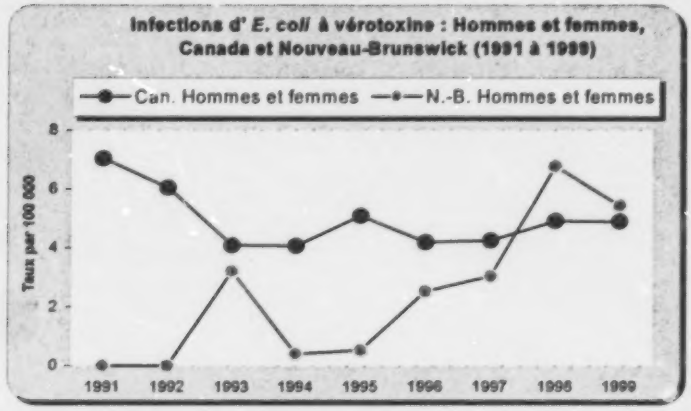
Le taux d'incidence d'infections dues à l'*E. coli* chez les femmes a affiché une tendance légèrement supérieure à celui chez les hommes tant à l'échelle nationale que provinciale. En 1999, le taux chez les femmes canadiennes était d'environ 13 % supérieur à celui chez les hommes canadiens. Au Nouveau-Brunswick, le taux chez les femmes était de 25 % supérieur au taux chez les hommes.

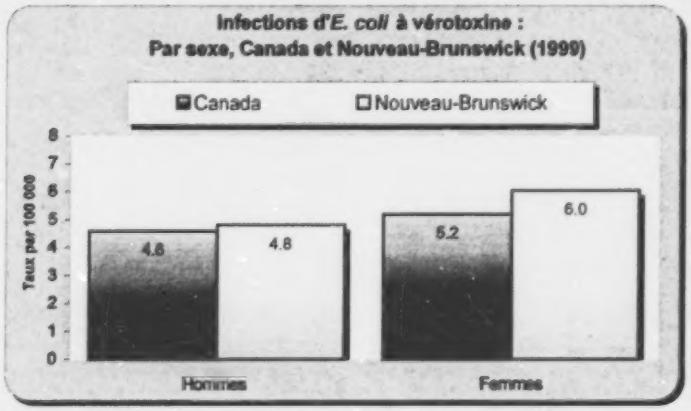
La tuberculose, un important problème de santé publique, a pris de l'ampleur au cours des dernières années. Le taux d'incidence est relié à des groupes à haut risque tels les nouveaux immigrants, les collectivités de Premières nations et les personnes ayant une co-infection par le VIH.

L'*E. coli* est un indicateur de maladie due à une toxi-infection dans les aliments ou l'eau. Quelques causes possibles de l'augmentation des cas de telles maladies sont les changements d'habitudes alimentaires tels une plus grande consommation de mets préparés et de plats à emporter; les modifications dans la fabrication de produits alimentaires, les pratiques dans la vente au détail, la distribution et l'entreposage, ainsi que l'augmentation du nombre de personnes fragiles telles les personnes très âgées et celles ayant un système immunitaire affaibli.

Tuberculose et *E. coli* à vérotoxine







DÉFINITION :

Cette section inclut des données pour deux indicateurs. (1) Le nombre (par 100 000 habitants) de nouveaux cas actifs ou de rechute de tuberculose pulmonaire infectieuse et (2) le nombre (par 100 000 habitants) de nouveau cas d'infections dues à l'*E. coli* producteur de vérotoxine. À noter que ces taux ne sont pas normalisés selon l'âge.

ANALYSE :

De 1990 à 1999, il y a eu une tendance à la baisse du taux d'incidence de tuberculose au niveau national; au Nouveau-Brunswick, ce taux a beaucoup diminué. De 1990 à 1999, le taux national a diminué d'environ 18 % tandis qu'au Nouveau-Brunswick, il a chuté de près de 57% au cours de la même période. Au Nouveau-Brunswick, le taux d'incidence de tuberculose était constamment de beaucoup inférieur à celui pour l'ensemble du Canada. En 1999, le taux d'incidence au Nouveau-Brunswick était de 66% inférieur à la moyenne nationale.

À l'échelle nationale, le taux d'incidence d'infections dues à l'*E. coli* a été relativement stable de 1994 à 1999. Durant cette période, le taux d'incidence au Nouveau-Brunswick a augmenté considérablement. Avant 1998, le taux d'incidence d'infections dues à l'*E. coli* était généralement plus bas au Nouveau-Brunswick que dans l'ensemble du Canada. Cependant, en 1998 et 1999, le taux provincial a dépassé la moyenne nationale. En 1999, il était d'environ 10 % supérieur au taux national.

Le taux d'incidence d'infections dues à l'*E. coli* chez les femmes a affiché une tendance légèrement supérieure à celui chez les hommes tant à l'échelle nationale que provinciale. En 1999, le taux chez les femmes canadiennes était d'environ 13 % supérieur à celui chez les hommes canadiens. Au Nouveau-Brunswick, le taux chez les femmes était de 25 % supérieur au taux chez les hommes.

La tuberculose, un important problème de santé publique, a pris de l'ampleur au cours des dernières années. Le taux d'incidence est relié à des groupes à haut risque tels les nouveaux immigrants, les collectivités de Premières nations et les personnes ayant une co-infection par le VIH.

L'*E. coli* est un indicateur de maladie due à une toxi-infection dans les aliments ou l'eau. Quelques causes possibles de l'augmentation des cas de telles maladies sont les changements d'habitudes alimentaires tels une plus grande consommation de mets préparés et de plats à emporter; les modifications dans la fabrication de produits alimentaires, les pratiques dans la vente au détail, la distribution et l'entreposage, ainsi que l'augmentation du nombre de personnes fragiles telles les personnes très âgées et celles ayant un système immunitaire affaibli.

Tableau 13.1 Taux d'incidence de la tuberculose

Taux d'incidence de la tuberculose :
Hommes et femmes, Canada et Nouveau-Brunswick (1990 à 1999)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes	
Année	**Canada**	**NB**
1990	7.2	4.6
1991	7.2	3.6
1992	7.4	2.5
1993	7.0	2.0
1994	7.1	2.1
1995	6.5	1.2
1996	6.3	2.0
1997	6.6	0.9
1998	5.9	1.2
1999	5.9	2.0

Tableau 13.2 Taux d'incidence de *E. coli* à vérotoxine :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1991 à 1999)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**
1991	7.0	0.0	3.6	0.0	3.8	0.0
1992	6.1	0.0	4.3	0.0	5.2	0.0
1993	4.1	3.2	3.3	3.2	3.8	3.2
1994	4.1	0.4	3.6	0.3	4.5	0.5
1995	5.1	0.5	4.7	0.3	5.5	0.8
1996	4.2	2.5	4.0	2.1	4.4	2.9
1997	4.3	3.1	3.9	2.1	4.6	4.0
1998	4.9	6.8	4.4	5.1	5.4	8.4
1999	4.9	5.4	4.6	4.8	5.2	6.0

Spécifications techniques :

Exclusions : *Aucune*

Numérateur (E.coli) : *Nombre de cas signalés de* E. coli *à vérotoxine.*

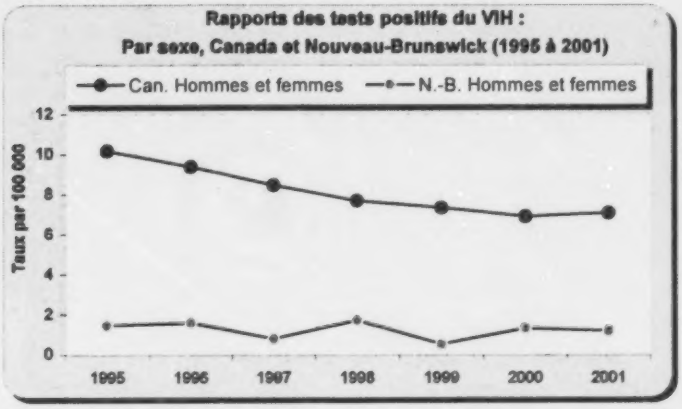
Numérateur (Tuberculose) : *Nombre de nouveaux cas de tuberculose signalés et cas de rechute de tuberculose pulmonaire infectieuse. Cas avec complexe Mycobacterium (c.-à-d. M. tuberculosis, M. bovis, excluant les souches BCG ou M. africanum) démontrés par culture; en l'absence de preuve bactériologique, les cas cliniques compatibles avec une tuberculose active, par exemple :*

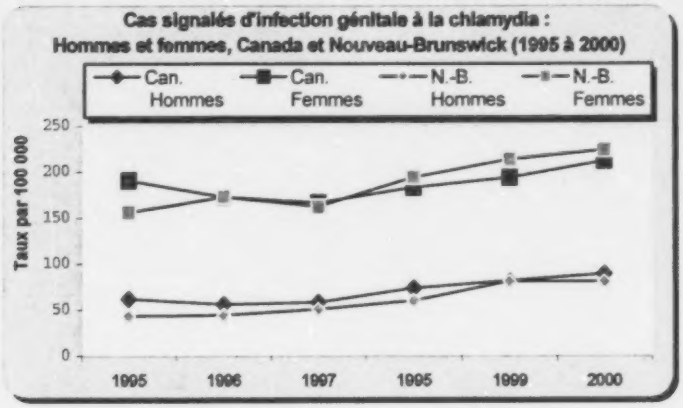
- *dont les changements dans les radiographies pulmonaires sont compatibles avec une tuberculose active, incluant une pleurésie idiopathique avec infusion;*
- *présentation des symptômes de tuberculose extrapulmonaire active (méningée, osseuse, rénale, des ganglions lymphatiques périphériques, etc.);*
- *chez qui il y a évidence pathologique ou post-mortem de tuberculose active.*

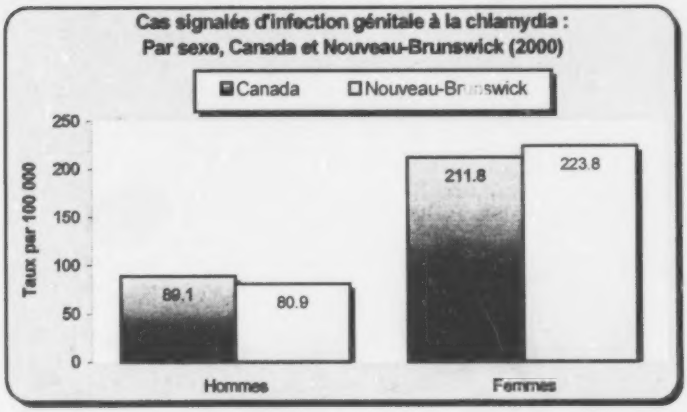
Dénominateur : *Population totale.*

Calcul : *Numérateur/dénominateur multiplié par 100 000.*

Source : *Dossiers sur les maladies à déclaration obligatoire / Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT).*







DÉFINITION :

Le nombre estimé (par 100 000 habitants) de nouveaux cas d'infection au VIH d'après le rapport sur les nouveaux tests positifs du VIH, ou à la Chlamydia d'après les rapports de contaminations génitales à la Chlamydia. À noter que ces taux ne sont pas normalisés selon l'âge.

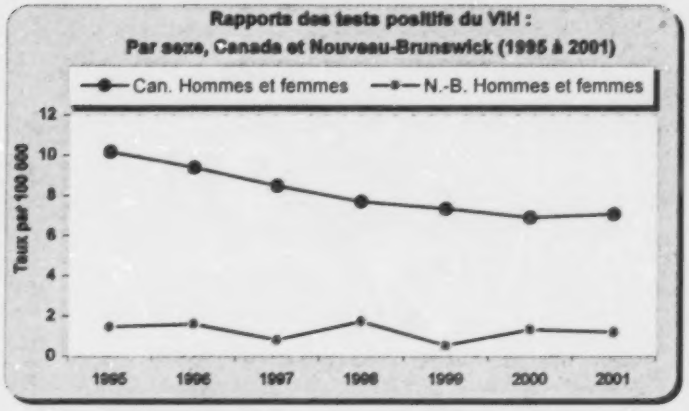
ANALYSE :

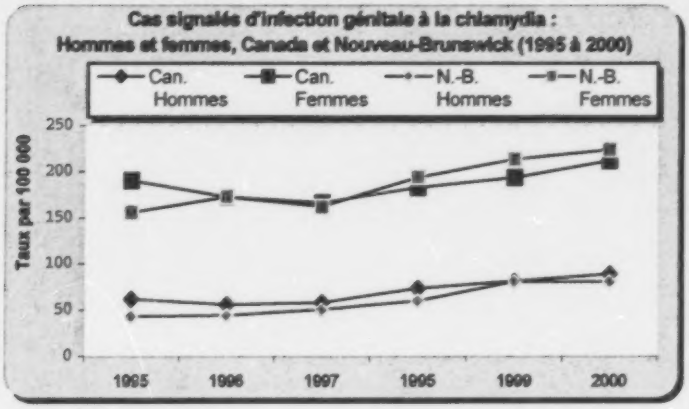
De 1995 à 2000, le taux de nouveaux cas d'infection au VIH diagnostiqués au Canada a toujours été à la baisse. Cette tendance à la baisse a cependant ralenti au cours des dernières années puis en 2001, semble s'être renversée. Le taux d'incidence d'infection au VIH a peu changé en général au Nouveau-Brunswick de 1995 à 2001. Ce taux au Nouveau-Brunswick est depuis toujours très inférieur au taux national. En 2001, le taux d'incidence d'infection au VIH au Nouveau-Brunswick était de 83 % inférieur au taux pour l'ensemble du Canada.

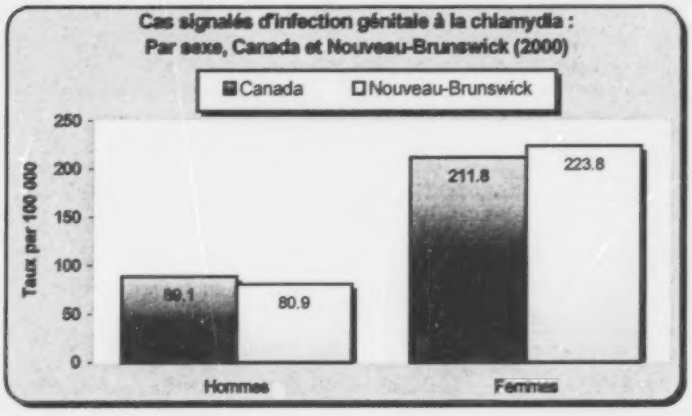
Le taux de nouveaux cas d'infection à la Chlamydia a augmenté tant chez les hommes que chez les femmes de 1995 à 2000. À l'échelle nationale, le taux d'incidence d'infection à la Chlamydia a augmenté d'environ 11 % chez les femmes et de 44 % chez les hommes. On a observé une tendance considérablement à la hausse au Nouveau-Brunswick, où le taux a grimpé de plus ou moins 44% chez les femmes et de 86 % chez les hommes, de 1995 à 2000.

En 2000, le taux de nouveaux cas d'infection à la Chlamydia chez les femmes canadiennes était de 137 % supérieur à celui chez les hommes canadiens. Au Nouveau-Brunswick, cet écart entre hommes et femmes était légèrement plus grand, le taux chez les femmes étant près de 177 % supérieur à celui chez les hommes. En 2000, les taux national et provincial différaient très peu chez les hommes ou les femmes.

Le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH et à la Chlamydia déclarés au cours d'une année donnée est fonction à la fois de l'incidence sous-jacente de la maladie et des modèles de dépistage. Les pratiques de dépistage ont connu d'importants changements au cours des dernières années; ainsi, les tests anonymes de dépistage du VIH sont davantage accessibles, et un nouveau test de diagnostic de Chlamydia existe depuis 1997. Il est donc important d'interpréter avec prudence les variations annuelles des taux pour ces maladies. Cependant, le plafonnement de la baisse du taux d'incidence d'infection au VIH ajouté à l'augmentation toujours croissante du taux d'infection à la Chlamydia laisse présumer qu'il y a un besoin de recommencer à promouvoir la prévention primaire des maladies transmises sexuellement.







DÉFINITION :

Le nombre estimé (par 100 000 habitants) de nouveaux cas d'infection au VIH d'après le rapport sur les nouveaux tests positifs du VIH, ou à la Chlamydia d'après les rapports de contaminations génitales à la Chlamydia. À noter que ces taux ne sont pas normalisés selon l'âge.

ANALYSE :

De 1995 à 2000, le taux de nouveaux cas d'infection au VIH diagnostiqués au Canada a toujours été à la baisse. Cette tendance à la baisse a cependant ralenti au cours des dernières années puis en 2001, semble s'être renversée. Le taux d'incidence d'infection au VIH a peu changé en général au Nouveau-Brunswick de 1995 à 2001. Ce taux au Nouveau-Brunswick est depuis toujours très inférieur au taux national. En 2001, le taux d'incidence d'infection au VIH au Nouveau-Brunswick était de 83 % inférieur au taux pour l'ensemble du Canada.

Le taux de nouveaux cas d'infection à la Chlamydia a augmenté tant chez les hommes que chez les femmes de 1995 à 2000. À l'échelle nationale, le taux d'incidence d'infection à la Chlamydia a augmenté d'environ 11 % chez les femmes et de 44 % chez les hommes. On a observé une tendance considérablement à la hausse au Nouveau-Brunswick, où le taux a grimpé de plus ou moins 44% chez les femmes et de 86 % chez les hommes, de 1995 à 2000.

En 2000, le taux de nouveaux cas d'infection à la Chlamydia chez les femmes canadiennes était de 137 % supérieur à celui chez les hommes canadiens. Au Nouveau-Brunswick, cet écart entre hommes et femmes était légèrement plus grand, le taux chez les femmes étant près de 177 % supérieur à celui chez les hommes. En 2000, les taux national et provincial différaient très peu chez les hommes ou les femmes.

Le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH et à la Chlamydia déclarés au cours d'une année donnée est fonction à la fois de l'incidence sous-jacente de la maladie et des modèles de dépistage. Les pratiques de dépistage ont connu d'importants changements au cours des dernières années; ainsi, les tests anonymes de dépistage du VIH sont davantage accessibles, et un nouveau test de diagnostic de Chlamydia existe depuis 1997. Il est donc important d'interpréter avec prudence les variations annuelles des taux pour ces maladies. Cependant, le plafonnement de la baisse du taux d'incidence d'infection au VIH ajouté à l'augmentation toujours croissante du taux d'infection à la Chlamydia laisse présumer qu'il y a un besoin de recommencer à promouvoir la prévention primaire des maladies transmises sexuellement.

Tableau 13.3 Rapport de tests positifs du VIH :
Hommes et femmes, Canada et Nouveau-Brunswick (1995 à 2001)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes	
Année	**Canada**	**N.-B.**
1995	10.18	1.46
1996	9.39	1.59
1997	8.47	0.80
1998	7.70	1.73
1999	7.34	0.53
2000	6.89	1.32
2001	7.06	1.19

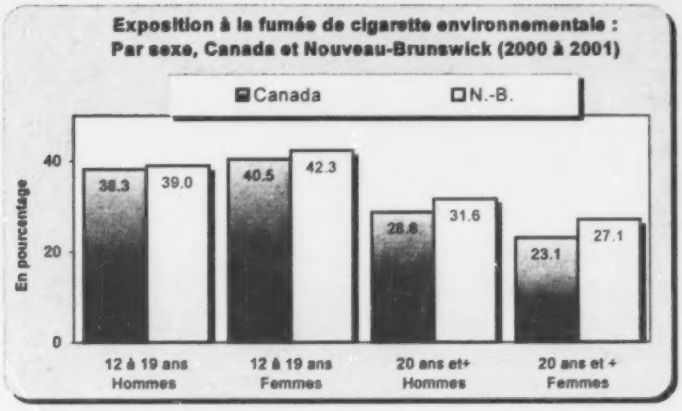
Tableau 13.4 Cas signalés d'infection génitale à la Chlamydia :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1995 à 2000)
Taux par 100 000 habitants

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**
1995	126.8	94.7	62.0	43.5	190.4	155.9
1996	114.8	109.3	56.0	44.5	172.4	172.8
1997	112.7	107.5	58.1	50.7	166.2	162.3
1998	128.8	127.5	73.6	60.1	182.9	193.8
1999	138.2	150.5	81.4	84.6	193.7	213.4
2000	151.1	153.1	89.1	80.9	211.8	223.8

Spécifications techniques :

Exclusions :	*Aucune*
Numérateur (VIH) :	*Nombre de cas d'infections au VIH nouvellement diagnostiqués.*
Numérateur (Chlamydia) :	*Cas signalés d'infection génitale à la Chlamydia.*
Dénominateur (VIH) :	*Population totale.*
Dénominateur (Chlamydia) :	*Population totale par groupe d'âge.*
Calcul :	*(Numérateur/dénominateur) multiplié par 100 000.*
Source (VIH) :	*Santé Canada, VIH et Sida Canada, Rapport de surveillance 31 décembre, 2001, Division de VIH/Sida Épidémiologie.*
Source (Chlamydia) :	*Rapports sur les maladies à déclaration obligatoire.*

Exposition à la fumée de cigarette environnementale



DÉFINITION :

La proportion de non-fumeurs ayant déclaré être régulièrement exposés à la fumée de tabac ambiante au Canada et au Nouveau-Brunswick.

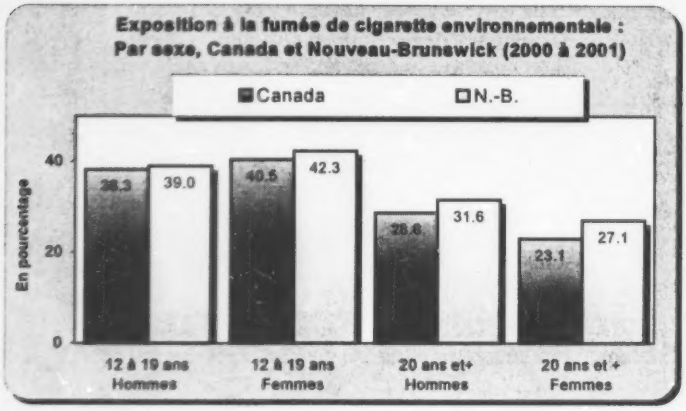
ANALYSE :

Le nombre de non-fumeurs néo-brunswickois ont plus tendance à signaler être exposés régulièrement à la fumée de cigarette environnementale que les non-fumeurs canadiens en général. Le pourcentage de non-fumeurs ayant déclaré être exposés à la fumée de cigarette environnementale à fois chez les 12 à 19 ans et chez les 20 ans et plus du Nouveau-Brunswick était légèrement supérieur à celui dans l'ensemble du Canada.

Au niveau national et au niveau provincial, les jeunes de 12 à 19 ans étaient plus nombreux que les non-fumeurs plus âgés à déclarer être exposés à la fumée de cigarette environnementale. Le nombre de jeunes de sexe féminin ayant déclaré être exposées à la fumée de cigarette environnementale était en général supérieur au nombre de jeunes de sexe masculin. Chez les personnes plus âgées, la tendance était à l'inverse, le nombre d'hommes déclarant être exposés à la fumée de cigarette environnementale étant généralement supérieur au nombre de femmes. Ces différences chez les deux sexes par rapport à l'exposition à la fumée de cigarette environnementale étaient semblables à l'échelle nationale et à l'échelle provinciale.

La relation entre la fumée de cigarette environnementale et les effets nocifs sur la santé est bien acceptée. L'exposition à la fumée ambiante irrite les muqueuses et provoque aussi une augmentation dans les taux de mortalité associés au cancer du poumon et aux affections cardio-vasculaires. La fumée de cigarette environnementale a des effets sérieux sur la santé des enfants : les femmes enceintes fumeuses donnent naissance à des enfants avec un plus faible poids de naissance; de plus, les enfants vivant dans un foyer où ils sont exposés à la fumée de cigarette environnementale souffrent d'un taux plus élevé d'asthme et de troubles du système respiratoire. Il existe de fortes preuves associant l'exposition à la fumée de cigarette environnementale aux maladies respiratoires.

Exposition à la fumée de cigarette environnementale



DÉFINITION :

La proportion de non-fumeurs ayant déclaré être régulièrement exposés à la fumée de tabac ambiante au Canada et au Nouveau-Brunswick.

ANALYSE :

Le nombre de non-fumeurs néo-brunswickois ont plus tendance à signaler être exposés régulièrement à la fumée de cigarette environnementale que les non-fumeurs canadiens en général. Le pourcentage de non-fumeurs ayant déclaré être exposés à la fumée de cigarette environnementale à fois chez les 12 à 19 ans et chez les 20 ans et plus du Nouveau-Brunswick était légèrement supérieur à celui dans l'ensemble du Canada.

Au niveau national et au niveau provincial, les jeunes de 12 à 19 ans étaient plus nombreux que les non-fumeurs plus âgés à déclarer être exposés à la fumée de cigarette environnementale. Le nombre de jeunes de sexe féminin ayant déclaré être exposées à la fumée de cigarette environnementale était en général supérieur au nombre de jeunes de sexe masculin. Chez les personnes plus âgées, la tendance était à l'inverse, le nombre d'hommes déclarant être exposés à la fumée de cigarette environnementale étant généralement supérieur au nombre de femmes. Ces différences chez les deux sexes par rapport à l'exposition à la fumée de cigarette environnementale étaient semblables à l'échelle nationale et à l'échelle provinciale.

La relation entre la fumée de cigarette environnementale et les effets nocifs sur la santé est bien acceptée. L'exposition à la fumée ambiante irrite les muqueuses et provoque aussi une augmentation dans les taux de mortalité associés au cancer du poumon et aux affections cardio-vasculaires. La fumée de cigarette environnementale a des effets sérieux sur la santé des enfants : les femmes enceintes fumeuses donnent naissance à des enfants avec un plus faible poids de naissance; de plus, les enfants vivant dans un foyer où ils sont exposés à la fumée de cigarette environnementale souffrent d'un taux plus élevé d'asthme et de troubles du système respiratoire. Il existe de fortes preuves associant l'exposition à la fumée de cigarette environnementale aux maladies respiratoires.

Table 13.5 Exposition à la fumée de cigarette environnementale

Expositions auto-signalées à la fumée de cigarette environnementale :
Par sexe et groupe d'âge, Canada et Nouveau-Brunswick (2000-2001)
En pourcentage des non-fumeurs exposés régulièrement à la fumée

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Groupe d'âge	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**	**Canada**	**N.-B.**
12 à 19 ans	39.3	40.6	38.3	39.0	40.5	42.3
20 ans +	25.8	29.2	28.8	31.6	23.1	27.1

Spécifications techniques :

Exclusions : *Aucune*

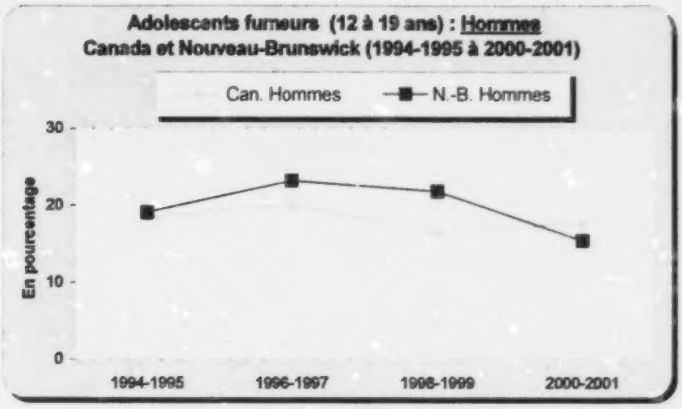
Numérateur : *Nombre total de personnes non-fumeuses qui déclarent une exposition à la fumée de cigarette environnementale Canada / Nouveau-Brunswick.*

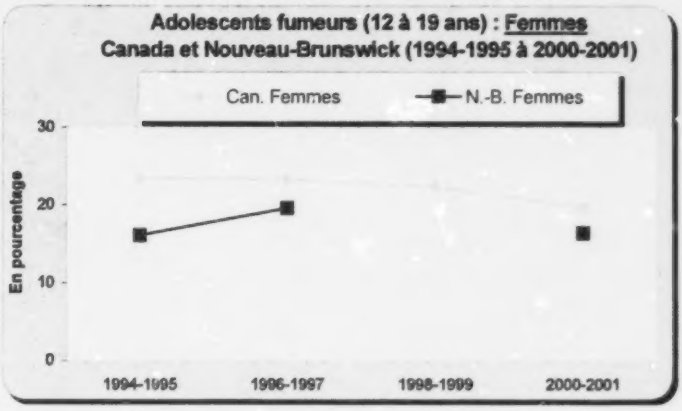
Dénominateur : *Population totale de non-fumeurs.*

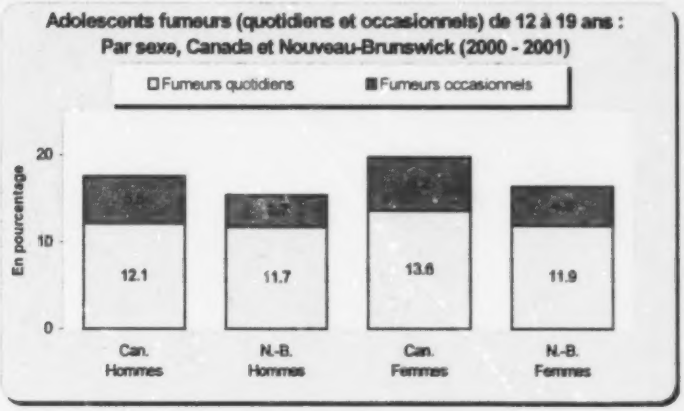
Calcul : *(Numérateur/dénominateur) multipié par 100.*

Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.*

Usage du tabac







DÉFINITION :

Le pourcentage d'adolescents (de 12 à 19 ans) ayant déclaré avoir l'habitude de consommer des cigarettes chaque jour ou à l'occasion.

ANALYSE :

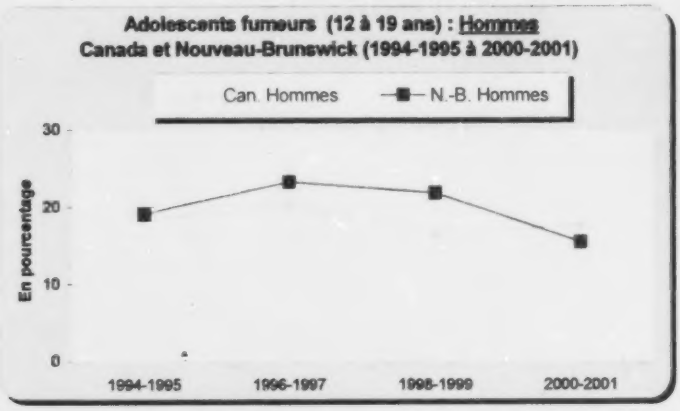
Au cours de la période de 1994-1995 à 2000-2001, les adolescents ont affiché un taux d'usage du tabac sans tendance marquée à la hausse ou à la baisse à l'échelle nationale, mais avec une certaine tendance à la baisse au niveau provincial. Le taux d'usage du tabac chez les adolescents du Nouveau-Brunswick du sexe masculin en 2000-2001 était d'environ 19 % inférieur au taux le plus bas observé au cours des six années précédentes (soit depuis 1994-1995). Il faut cependant faire preuve de prudence dans l'interprétation de cette conclusion vu l'importante variation du taux d'usage du tabac chez les adolescents de sexe masculin.

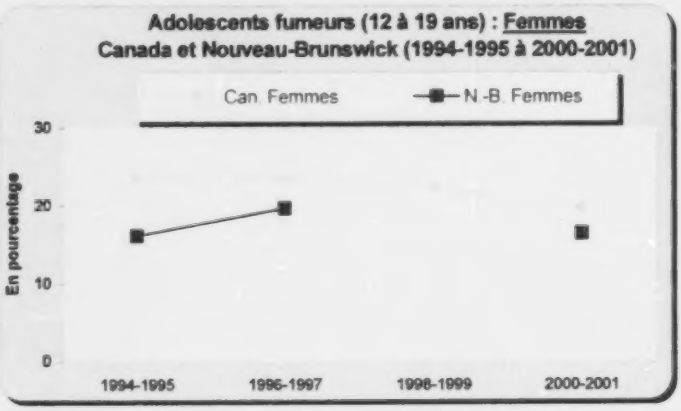
Chez les adolescentes, le taux a marqué une tendance à la baisse persistante à l'échelle nationale. Entre 1994-1995 et 2000-2001, le taux d'usage du tabac chez les adolescentes canadiennes a chuté de plus ou moins 10 %. Au niveau provincial, le taux d'usage du tabac chez les adolescentes n'a affiché aucun signe de changement notable entre 1994-1995 et 2000-2001.

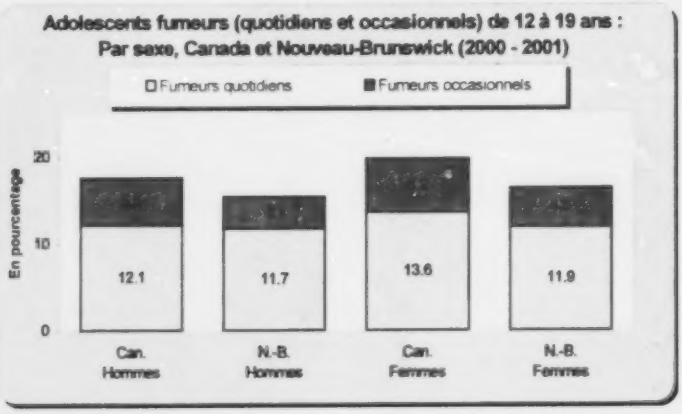
En 2000-2001, le taux d'usage du tabac chez les adolescents de sexe masculin du Nouveau-Brunswick était d'environ 13 % inférieur à la moyenne nationale. Cependant, en moyenne au cours de la période de 1994-1995 à 2000-2001, le taux provincial chez les adolescents de sexe masculin était d'environ 10 % supérieur à la moyenne nationale comparable. Par contre, le taux d'usage du tabac chez les adolescentes du Nouveau-Brunswick est demeuré constamment inférieur à la moyenne chez les adolescentes canadiennes. En général, au cours de la période de 1994-1995 à 2000-2001, le taux chez les adolescentes du Nouveau-Brunswick était près de 22 % inférieur au taux national comparable.

En 2000-2001, les adolescents et adolescentes du Nouveau-Brunswick ont affiché des taux d'usage du tabac quotidien semblables, le taux chez les adolescentes étant légèrement supérieur dans la catégorie d'usage du tabac occasionnel. Durant la même période, le taux d'adolescents et d'adolescentes du Nouveau-Brunswick à se déclarer fumeurs occasionnels était en général inférieur au taux national.

Usage du tabac







DÉFINITION :

Le pourcentage d'adolescents (de 12 à 19 ans) ayant déclaré avoir l'habitude de consommer des cigarettes chaque jour ou à l'occasion.

ANALYSE :

Au cours de la période de 1994-1995 à 2000-2001, les adolescents ont affiché un taux d'usage du tabac sans tendance marquée à la hausse ou à la baisse à l'échelle nationale, mais avec une certaine tendance à la baisse au niveau provincial. Le taux d'usage du tabac chez les adolescents du Nouveau-Brunswick du sexe masculin en 2000-2001 était d'environ 19 % inférieur au taux le plus bas observé au cours des six années précédentes (soit depuis 1994-1995). Il faut cependant faire preuve de prudence dans l'interprétation de cette conclusion vu l'importante variation du taux d'usage du tabac chez les adolescents de sexe masculin.

Chez les adolescentes, le taux a marqué une tendance à la baisse persistante à l'échelle nationale. Entre 1994-1995 et 2000-2001, le taux d'usage du tabac chez les adolescentes canadiennes a chuté de plus ou moins 16 %. Au niveau provincial, le taux d'usage du tabac chez les adolescentes n'a affiché aucun signe de changement notable entre 1994-1995 et 2000-2001.

En 2000-2001, le taux d'usage du tabac chez les adolescents de sexe masculin du Nouveau-Brunswick était d'environ 13 % inférieur à la moyenne nationale. Cependant, en moyenne au cours de la période de 1994-1995 à 2000-2001, le taux provincial chez les adolescents de sexe masculin était d'environ 10 % supérieur à la moyenne nationale comparable. Par contre, le taux d'usage du tabac chez les adolescentes du Nouveau-Brunswick est demeuré constamment inférieur à la moyenne chez les adolescentes canadiennes. En général, au cours de la période de 1994-1995 à 2000-2001, le taux chez les adolescentes du Nouveau-Brunswick était près de 22 % inférieur au taux national comparable.

En 2000-2001, les adolescents et adolescentes du Nouveau-Brunswick ont affiché des taux d'usage du tabac quotidien semblables, le taux chez les adolescentes étant légèrement supérieur dans la catégorie d'usage du tabac occasionnel. Durant la même période, le taux d'adolescents et d'adolescentes du Nouveau-Brunswick à se déclarer fumeurs occasionnels était en général inférieur au taux national.

Tableau 14.1 Usage du tabac

Fumeurs adolescents (quotidiens et occasionnels) (âgés de 12 à 19 ans) :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1994-1995 à 2000-2001)
Pourcentage

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1994-1995	20.9	17.6 E	18.5	19.1 E	23.5	16.1 E
1996-1997	21.6	21.5 E	20.0	23.2 E	23.3	19.6 E
1998-1999	19.4	22.6 E	16.5	21.8 E	22.4	F
2000-2001	18.7	15.9	17.6	15.4	19.8	16.4

(F : Pas assez fiables pour être publiées)
(E : Données à utiliser avec précaution)

Adolescents fumeurs quotidiens :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (2000-2001)
Pourcentage

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
2000-2001	12.9	11.8	12.1 E	11.7	13.6	11.9 E

(E : données à utiliser avec précaution)

Spécifications techniques :

Les données sont basées sur la question : À l'heure actuelle, fumez-vous des cigarettes chaque jour, à l'occasion ou pas du tout?

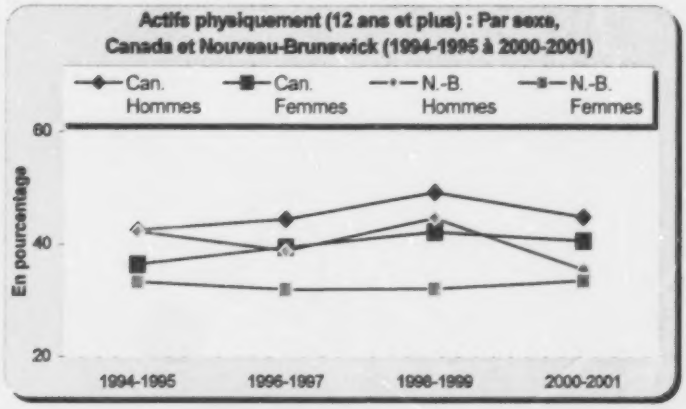
Exclusions : *Voir les exclusions de la base de l'enquête.*

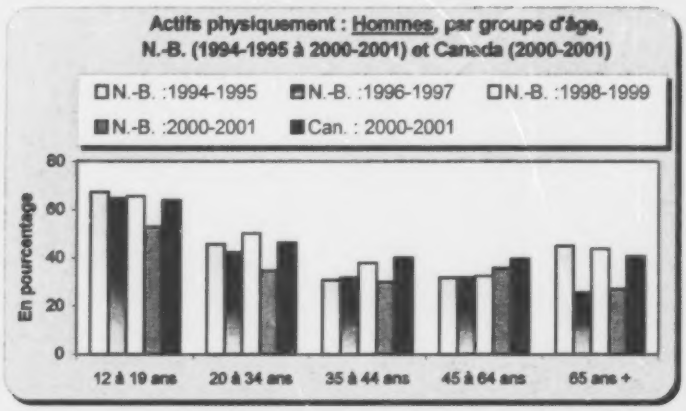
Numérateur : *Nombre pondéré de personnes âgées de 12 à 19 ans qui se disent : a) fumeurs occasionnels, b) fumeurs quotidiens.*

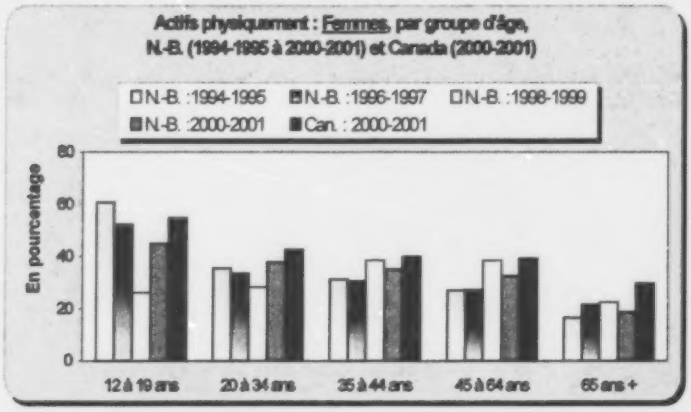
Dénominateur : *Total de la population âgée de 12 à 19 ans.*

Calcul : *(Numérateur/dénominateur) multiplié par 100.*

Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, enquête nationale sur la santé de la population, 1994, 1996, 1998, ISQ.*







DÉFINITION :

Le taux d'activité physique correspond au pourcentage d'individus parmi la population des 12 ans et plus, appartenant à la catégorie « actifs physiquement » ou « inactifs physiquement ». Les personnes sondées ont été classées dans différentes catégories (active, modérément active et inactive) selon leur pratique déclarée de l'activité physique au moment de l'enquête. Les personnes dans les catégories « active » et « modérément active » ont été classées comme actives physiquement tandis que les personnes dans la catégorie « inactives » ont été classées comme inactives physiquement. À noter : en raison du manque d'information sur les habitudes d'exercice d'un certain nombre de participants à l'enquête, le pourcentage d'individus actifs et inactifs ne totalise pas 100 %.

ANALYSE :

De 1994-1995 à 2000-2001, les niveaux d'activité physique à la fois chez la population canadienne et la population du Nouveau-Brunswick ont peu changé dans l'ensemble, sauf que le pourcentage de Canadiennes actives physiquement a affiché une légère tendance à la hausse. Le pourcentage de Canadiennes actives physiquement est passé de 36,4 % en 1994-1995 à 40,6 % en 2000-2001. Durant cette période, tant à l'échelle du pays qu'au Nouveau-Brunswick, les hommes, tout comme les femmes, n'ont affiché aucune tendance marquée à la hausse ou à la baisse.

Chez les diverses catégories d'âge, les taux d'activité physique ont varié considérablement au Nouveau-Brunswick de 1994-1995 à 2000-2001, mais à l'exception du groupe des 12 à 19 ans, les groupes d'âge ont affiché des taux sans tendance marquée à la hausse ou à la baisse. Chez l'ensemble des garçons et filles de 12 à 19 ans, le pourcentage de la population classée dans la catégorie des actifs physiquement a diminué. De 1994-1995 à 2000-2001, le pourcentage des garçons de 12 à 19 ans classés dans la catégorie des actifs physiquement a chuté de 67,4 % à 52,9 %. Le pourcentage d'adolescentes actives physiquement a chuté de 60,8 % à 45 %.

Comme il fallait s'y attendre, les niveaux d'activité physique en 2000-2001 étaient le plus élevé dans la catégorie des plus jeunes et étaient le plus bas dans le groupe des plus âgés. Parmi les trois groupes d'âge de 20 à 64 ans, les niveaux d'activité physique ont affiché une tendance graduelle à la baisse en fonction de l'âge, mais il y avait peu de différences entre les groupes d'âge.

Tableau 14.2.1 Niveau d'activité physique (12 ans et plus) :

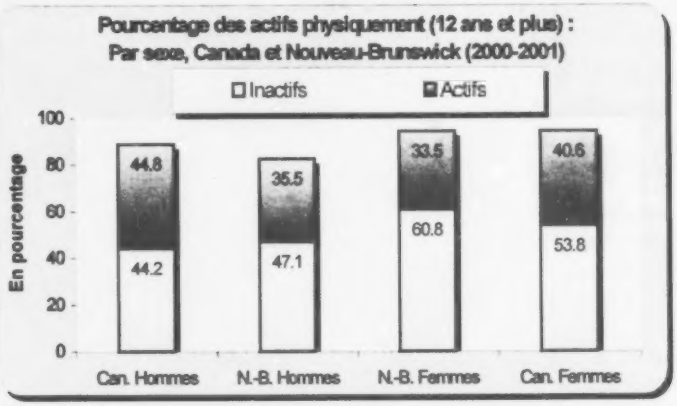
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (2000-2001)
Pourcentage de la population

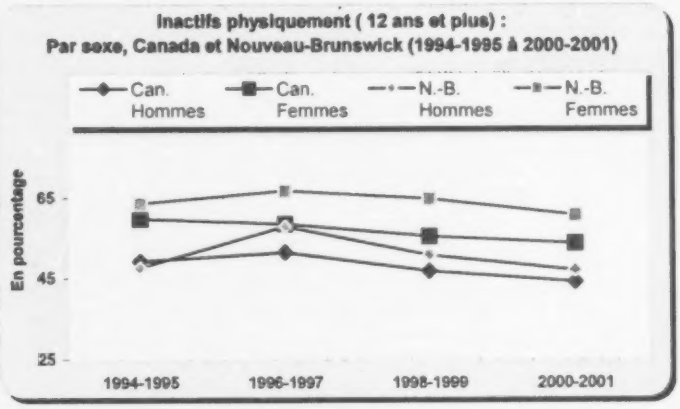
Répartition	Can. Hommes et femmes	N.-B. Hommes et femmes	Can. Hommes	N.-B. Hommes	Can. Femmes	N.-B. Femmes
Total des actifs physiquement	42.6	34.5	44.8	35.5	40.6	33.5
Actifs physiquement	21.0	15.5	23.7	17.8	18.4	13.4
Modérément actifs	21.6	19.0	21.1	17.7	22.1	20.1
Inactifs physiquement	49.1	54.1	44.2	47.1	53.8	60.8

Total des actifs physiquement :
Par sexe et groupe d'âge, Canada et Nouveau-Brunswick (1994-1995 à 2000-2001)
Pourcentage de la population

Groupe d'âge Par année	Can. Hommes et femmes	N.-B. Hommes et femmes	Can. Hommes	N.-B. Hommes	Can. Femmes	N.-B. Femmes
1994-1995						
12 ans et plus	39.4	37.7	42.5	42.3	36.4	33.3
12 à 19 ans	57.8	64.2	64.5	67.4	50.4	60.8
20 à 34 ans	39.4	40.5	43.3	45.7	35.8	35.5
35 à 44 ans	35.8	31.1	37.5	31.0 E	34.0	31.2
45 à 64 ans	36.0	29.5	35.4	31.9	36.5	27.0
65 ans +	32.1	28.7	37.2	45.0 E	28.3	16.6 E
1996-1997						
12 ans et plus	41.9	35.3	44.4	38.8	39.4	31.9
12 à 19 ans	61.5	59.0	68.5	64.7	54.1	52.4 E
20 à 34 ans	44.2	37.9	46.1	42.5	42.3	33.6
35 à 44 ans	38.3	31.2	38.3	31.8 E	38.4	30.6 E
45 à 64 ans	37.6	29.4	38.2	31.8	37.0	27.1 E
65 ans +	32.1	23.3	37.7	25.6 E	27.7	21.5 E
1998-1999						
12 ans et plus	45.5	38.2	49.2	44.6	42.1	32.0
12 à 19 ans	59.4	49.6	65.9	65.6	52.5	26.1 E
20 à 34 ans	48.7	38.4	52.2	50.2	45.3	28.3
35 à 44 ans	43.0	38.2	46.0	37.9	39.9	38.5
45 à 64 ans	43.0	35.5	44.1	32.5	42.0	38.4
65 ans +	35.9	31.6	41.4	43.8	31.6	22.4 E
2000-2001						
12 ans et plus	42.6	34.5	44.8	35.5	40.6	33.5
12 à 19 ans	59.5	49.0	63.9	52.9	54.8	45.0
20 à 34 ans	44.5	36.2	46.4	34.7	42.7	37.8
35 à 44 ans	40.0	32.7	40.1	30.0	39.9	35.2
45 à 64 ans	39.5	34.1	39.7	35.8	39.3	32.5
65 ans +	34.5	22.4	40.6	27.2	29.7	18.8

(E : Données à utiliser avec précaution)

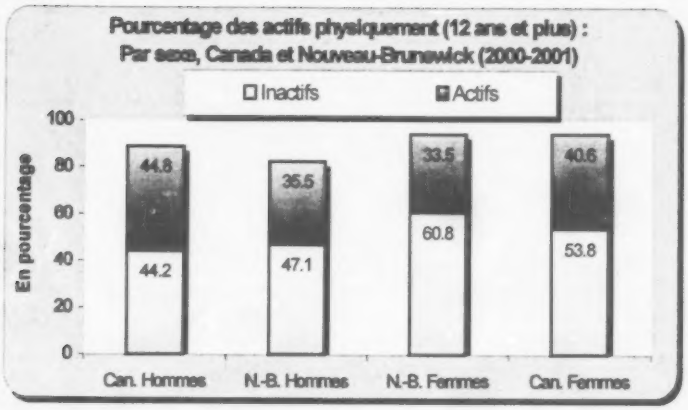


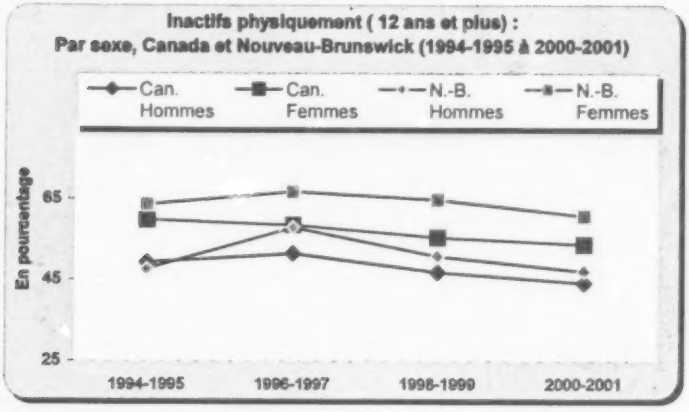


En 2000-2001, le pourcentage de la population du Nouveau-Brunswick classée dans la catégorie des actifs physiquement était très inférieur à la moyenne canadienne. Cette différence existait à la fois chez les hommes et les femmes et était manifeste dans chaque groupe d'âge. Réciproquement, les pourcentages d'hommes et de femmes du Nouveau-Brunswick classés dans la catégorie des inactifs étaient supérieurs aux taux nationaux respectifs en 2000-2001. La différence des niveaux d'inactivité était plus prononcée chez les femmes que chez les hommes; il faut cependant noter qu'une évaluation du taux d'activité physique manquait pour environ 17 % des individus masculins du Nouveau-Brunswick.

À l'échelle nationale et provinciale, un plus haut pourcentage d'hommes que de femmes étaient classés dans la catégorie des actifs physiquement. Cet écart entre les sexes était plus prononcé parmi les groupes des plus jeunes et les groupes des plus âgés.

De 1994-1995 à 1996-1997, le pourcentage d'hommes et de femmes classés dans la catégorie des inactifs tant au provincial qu'à l'échelle du pays a affiché une hausse, mais il a baissé constamment par la suite. Chez les femmes canadiennes, la tendance à la baisse de l'inactivité entre 1994-1995 à 2000-2001 semble corroborer la tendance à la hausse de l'activité physique. Toutefois, vu l'absence d'une tendance à la hausse persistante en ce qui concerne le niveau d'activité physique chez les hommes canadiens, les hommes du Nouveau-Brunswick ou les femmes du Nouveau-Brunswick, il n'est pas clair si les tendances à la baisse dans le groupe de l'inactivité physique représentent des changements positifs dans les comportements liés à la santé ou une plus grande hésitation des participants à l'enquête de déclarer leurs habitudes en matière d'exercice physique.





En 2000-2001, le pourcentage de la population du Nouveau-Brunswick classée dans la catégorie des actifs physiquement était très inférieur à la moyenne canadienne. Cette différence existait à la fois chez les hommes et les femmes et était manifeste dans chaque groupe d'âge. Réciproquement, les pourcentages d'hommes et de femmes du Nouveau-Brunswick classés dans la catégorie des inactifs étaient supérieurs aux taux nationaux respectifs en 2000-2001. La différence des niveaux d'inactivité était plus prononcée chez les femmes que chez les hommes; il faut cependant noter qu'une évaluation du taux d'activité physique manquait pour environ 17 % des individus masculins du Nouveau-Brunswick.

À l'échelle nationale et provinciale, un plus haut pourcentage d'hommes que de femmes étaient classés dans la catégorie des actifs physiquement. Cet écart entre les sexes était plus prononcé parmi les groupes des plus jeunes et les groupes des plus âgés.

De 1994-1995 à 1996-1997, le pourcentage d'hommes et de femmes classés dans la catégorie des inactifs tant au provincial qu'à l'échelle du pays a affiché une hausse, mais il a baissé constamment par la suite. Chez les femmes canadiennes, la tendance à la baisse de l'inactivité entre 1994-1995 à 2000-2001 semble corroborer la tendance à la hausse de l'activité physique. Toutefois, vu l'absence d'une tendance à la hausse persistante en ce qui concerne le niveau d'activité physique chez les hommes canadiens, les hommes du Nouveau-Brunswick ou les femmes du Nouveau-Brunswick, il n'est pas clair si les tendances à la baisse dans le groupe de l'inactivité physique représentent des changements positifs dans les comportements liés à la santé ou une plus grande hésitation des participants à l'enquête de déclarer leurs habitudes en matière d'exercice physique.

Tableau 14.2.2 Total des inactifs physiquement :
Par sexe et groupe d'âge, Canada et Nouveau-Brunswick (1994-1995 à 2000-2001)
Pourcentage de la population

Groupe d'âge Par année	Can. Hommes et femmes	N.-B. Hommes et femmes	Can. Hommes	N.-B. Hommes	Can. Femmes	N.-B. Femmes
1994-1995						
12 ans et plus	54.6	55.8	49.3	47.7	59.8	63.6
12 à 19 ans	31.5	24.9	23.1	F	40.7	32.6 E
20 à 34 ans	55.6	53.0	50.0	44.1	61.0	61.6
35 à 44 ans	59.8	61.8	55.9	57.1	63.8	66.6
45 à 64 ans	59.1	66.0	57.3	62.4	60.9	69.5
65 ans +	60.6	67.2	52.0	46.6	67.1	82.5
1996-1997						
12 ans et plus	55.1	62.5	51.6	58.0	58.5	66.8
12 à 19 ans	33.6	37.7	25.3	33.4 E	42.3	42.8 E
20 à 34 ans	54.0	60.3	51.4	54.4	56.5	65.7
35 à 44 ans	59.8	67.9	59.3	66.3	60.3	69.4
45 à 64 ans	59.7	68.7	58.0	65.2	61.5	72.3
65 ans +	61.5	72.4	53.8	67.2	67.4	76.4
1998-1999						
12 ans et plus	51.3	57.9	46.9	50.8	55.5	64.8
12 à 19 ans	33.3	36.9 E	25.5	24.6 E	41.5	54.7
20 à 34 ans	49.8	59.6	46.5	48.4	53.0	69.2
35 à 44 ans	55.2	61.5	51.1	61.5	59.3	61.5
45 à 64 ans	54.7	62.2	53.1	64.0	56.4	60.4
65 ans +	58.0	62.5	50.0	43.5	64.2	76.8
2000-2001						
12 ans et plus	49.1	54.1	44.2	47.1	53.8	60.8
12 à 19 ans	27.7	29.9	21.1	22.3	34.6	37.9
20 à 34 ans	47.2	52.0	42.9	46.5	51.6	57.7
35 à 44 ans	53.3	57.7	50.0	54.6	56.6	60.6
45 à 64 ans	53.6	56.7	50.8	49.0	56.4	64.2
65 ans +	56.1	68.3	46.1	57.6	63.8	76.4

(F : pas assez fiables pour être publiées)
(E : données à utiliser avec précaution)

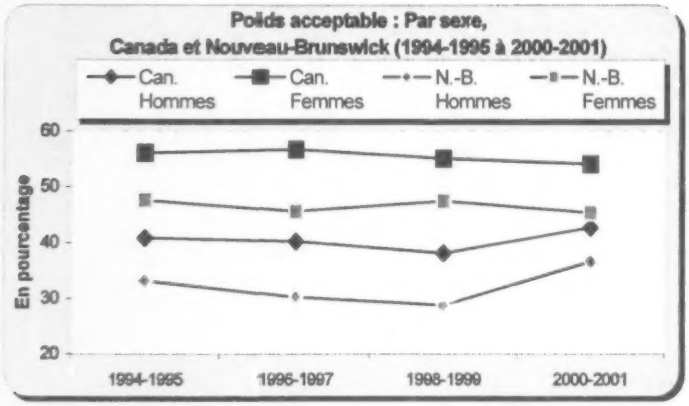
Spécifications techniques :

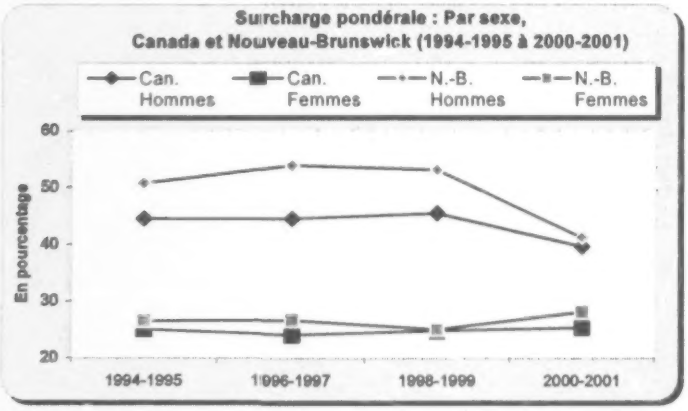
Exclusions : *Exclusions de la base de l'enquête.*
Numérateur : *a) nombre de personnes qui déclarent un niveau actif ou modérément actif (définition ci-dessous) au niveau d'activité physique;*
b) nombre de personnes qui déclarent un niveau inactif d'activité physique.
Dénominateur : *Total de la population canadienne âgée de 12 ans et plus.*
Calcul : *(Numérateur/dénominateur) multiplié par 100.*
Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000;*
Enquête nationale sur la santé de la population, 1994, 1996, 1998; ISQ.

L'indice d'activité physique est basé sur la dépense énergétique (DÉ) de la personne. La DÉ se calcule en mesurant la fréquence et la durée de la séance d'activité physique, et la valeur métabolique. La valeur métabolique est la dépense en énergie qu'exige une activité; elle s'exprime en kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par heure d'activité, pratiquant une activité physique au cours des trois derniers mois, le nombre de répétitions de l'activité et la durée de chacune. L'indice d'activité physique sert à déterminer les valeurs de la DÉ. L'indice d'activité physique qui en résulte se divise selon les catégories suivantes :

Catégories :	***Définitions :***
active	*Moyenne de 3,0 + kcal/kg/jour d'énergie ou d'exercice requis pour renforcer le système cardiovasculaire*
modérément active	*Moyenne de 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour, bénéfique pour la santé mais peu efficace pour le cardiovasculaire*
inactive	*Dépense énergétique inférieure à 1,5 kcal/kg/jour*

Indice de masse corporelle





DÉFINITION :

Pourcentage d'adultes (personnes de 20 à 64 ans, à l'exclusion des femmes enceintes) ayant un indice de masse corporelle calculé dans des catégories précises, allant de l'insuffisance pondérale à l'obésité. L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) par la taille (en mètres au carré). L'information sur la taille et le poids est obtenue par une enquête auto-déclarée. Étant donné les différences dans le taux de croissance chez les personnes de moins de 20 ans, l'IMC standard n'est pas considéré comme un indicateur adéquat pour ce groupe. Il faut noter que les chiffres déclarés ne tiennent pas compte des personnes vivant dans des établissements, sur les réserves des Premières nations ou sur les bases des Forces armées canadiennes.

ANALYSE :

De 1994-1995 à 2000-2001, il y a eu des fluctuations d'une année à l'autre, mais peu de modification globale du pourcentage d'hommes et de femmes du Canada ou du Nouveau-Brunswick ayant un poids corporel acceptable. Les pourcentages d'hommes et de femmes au Nouveau-Brunswick ayant un poids corporel acceptable étaient constamment inférieurs aux moyennes nationales comparables. À la fois à l'échelle nationale et à l'échelle provinciale, le pourcentage d'hommes ayant un poids corporel acceptable était constamment inférieur à celui des femmes. En général, environ 40 % des hommes canadiens, comparativement à environ 56 % des femmes canadiennes, avaient un poids corporel acceptable. Au Nouveau-Brunswick, les moyennes comparables étaient de 32 % pour les hommes et de 47 % pour les femmes.

De 1994-1995 à 2000-2001, le pourcentage d'hommes et de femmes ayant un excédent de poids a très peu changé tant à l'échelle nationale et qu'à l'échelle provinciale. Toutefois, durant la période de mesure de 2000-2001, le pourcentage d'hommes du Nouveau-Brunswick et du Canada ayant un excédent de poids a chuté radicalement tandis que le pourcentage de femmes du Nouveau-Brunswick et du Canada classées comme ayant un excédent de poids a augmenté. La diminution marquée du pourcentage de Néo-Brunswickois et de Canadiens considérés comme ayant un excès de poids s'explique en partie par l'augmentation du pourcentage d'hommes considérés comme ayant une masse corporelle acceptable et l'augmentation du pourcentage d'hommes considérés comme obèses. De plus, il faut signaler que le nombre d'hommes de l'échantillon en 2000-2001 était environ cinq fois plus grand que celui des périodes de mesure précédentes. L'augmentation de l'échantillon en 2000-2001 pourrait expliquer certaines des différences relativement importantes observées entre les résultats de 1998-1999 et de 2000-2001.

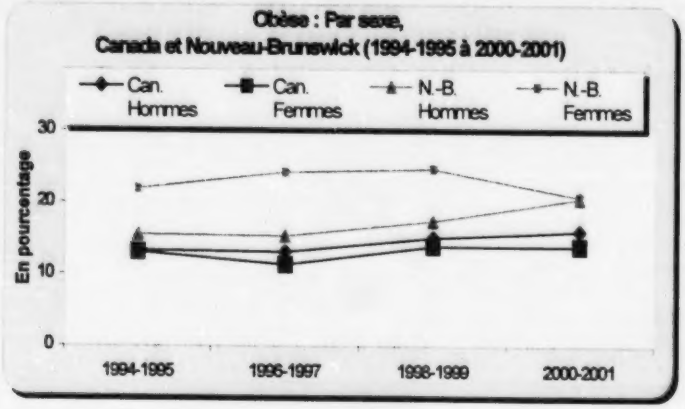
En général, de 1994-1995 à 2000-2001, le pourcentage d'hommes du Nouveau-Brunswick ayant un excédent de poids était de plus ou moins six points de pourcentage supérieur à la moyenne chez les hommes canadiens. Le pourcentage de femmes du Nouveau-Brunswick et celui de femmes du Canada ayant un excès de poids se rapprochaient davantage, le taux moyen chez les femmes du Nouveau-Brunswick étant moins de deux points de pourcentage au-dessus du taux national. En général, le nombre d'hommes canadiens ayant un excès de poids affichait près de 19 points de pourcentage de plus que chez les femmes. Au Nouveau-Brunswick, cet écart entre hommes et femmes était plus important encore, les hommes affichant un taux de 23 points de pourcentage de plus que les femmes.

Tableau 14.3.1 Poids acceptable - Indice de masse corporelle 18,5 - 24,9 :
20 à 64 ans, par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1994-1995 à 2000-2001)
Pourcentage de la population

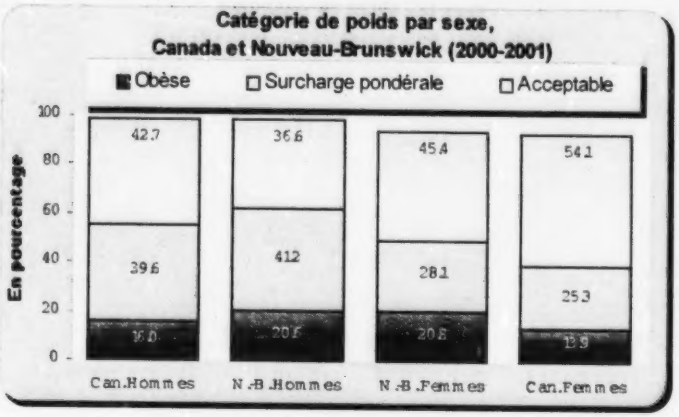
	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1994-1995	48.4	40.3	40.8	33.1	56.1	47.6
1996-1997	48.4	37.9	40.2	30.2	56.7	45.6
1998-1999	46.6	38.3	38.1	28.7	55.1	47.4
2000-2001	48.3	41.0	42.7	36.6	54.1	45.4

Tableau 14.3.2 Surcharge pondérale - Indice de masse corporelle 25,0 - 29,9 :
20 à 64 ans, par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1994-1995 à 2000-2001)
Pourcentage de la population

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1994-1995	34.9	38.8	44.5	50.8	25.0	26.5
1996-1997	34.4	40.2	44.5	53.9	24.0	26.6
1998-1999	35.1	38.5	45.5	53.1	24.8	25.0
2000-2001	32.5	34.7	39.6	41.2	25.3	28.1



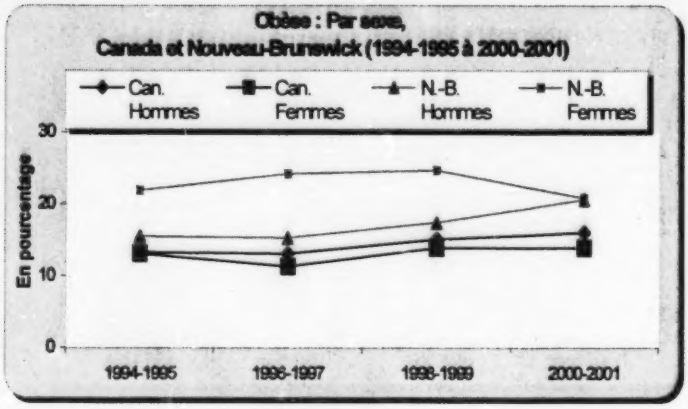
Le taux d'obésité a augmenté chez les hommes et les femmes, au Canada comme au Nouveau-Brunswick, de 1994-1995 à 2000-2001. Le taux d'obésité chez les femmes du Nouveau-Brunswick a augmenté de 1994-1995 à 1998-1999, mais a chuté radicalement durant la période de mesure de 2000-2001. L'augmentation des niveaux d'obésité la plus marquée a été observée chez les hommes du Nouveau-Brunswick, le taux ayant augmenté de 15,5 % en 1994-1995 à 20,6 % en 2000-2001.



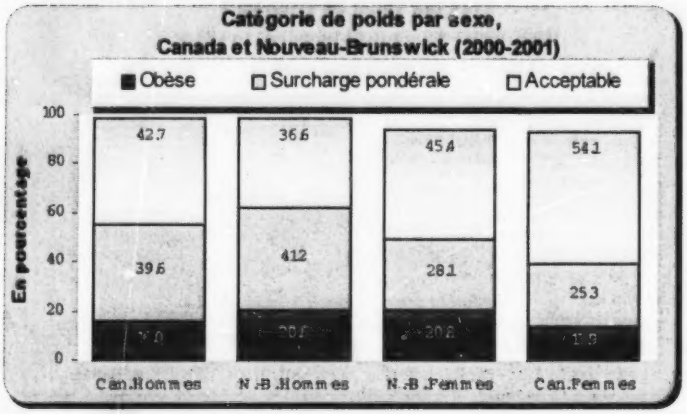
En 2000-2001, le pourcentage d'hommes et de femmes du Nouveau-Brunswick classés dans la catégorie obèse est demeuré presque identique, et le pourcentage d'hommes canadiens classés comme obèses n'était que légèrement supérieur à celui des femmes canadiennes. Toutefois, comparativement aux moyennes canadiennes respectives, le taux d'obésité chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick était considérablement plus élevé. De même, la proportion d'hommes et de femmes du Nouveau-Brunswick appartenant à la catégorie des personnes ayant un excès de poids était supérieure à la proportion des hommes et des femmes du Canada. Réciproquement, le pourcentage de la population d'hommes et de femmes du Nouveau-Brunswick appartenant à la catégorie des personnes ayant un poids corporel acceptable était considérablement inférieur au pourcentage de l'ensemble de la nation.

Le pourcentage de la population nationale classée dans la catégorie des personnes ayant une insuffisance de poids était d'environ 2,6 % en 2000-2001, les femmes affichant un taux d'insuffisance de poids de plus ou moins quatre fois celui des hommes (4,2 % par rapport à 1,1 %). Le pourcentage de gens du Nouveau-Brunswick classés dans la catégorie des personnes ayant un insuffisance de poids était légèrement supérieur à la moitié de la moyenne nationale (1,6 % par rapport à 2,6 %) et le pourcentage de femmes néo-brunswickoises classées dans la catégorie des personnes ayant une insuffisance de poids était d'environ la moitié du taux des femmes canadiennes.

Il faut noter que les taux d'IMC déclarés ici ne sont pas normalisés selon l'âge et que les taux d'excès de poids et d'obésité tendent à augmenter avec l'âge. Ainsi, la différence entre les taux du Nouveau-Brunswick et les moyennes nationales, ainsi que certaines augmentations des taux d'excès de poids et d'obésité observées dans le temps, est parfois en partie attribuable au vieillissement de la population et à l'âge moyen plus élevé de la population du Nouveau-Brunswick. Cependant, la différence importante et constante observée entre les taux du Nouveau-Brunswick et les taux nationaux laisse présumer que, même en tenant compte des effets relatifs aux différences d'âge, les gens du Nouveau-Brunswick sont, en général, plus susceptibles d'être obsèses ou d'afficher un excès de poids que les Canadiens en général.



Le taux d'obésité a augmenté chez les hommes et les femmes, au Canada comme au Nouveau-Brunswick, de 1994-1995 à 2000-2001. Le taux d'obésité chez les femmes du Nouveau-Brunswick a augmenté de 1994-1995 à 1998-1999, mais a chuté radicalement durant la période de mesure de 2000-2001. L'augmentation des niveaux d'obésité la plus marquée a été observée chez les hommes du Nouveau-Brunswick, le taux ayant augmenté de 15,5 % en 1994-1995 à 20,6 % en 2000-2001.



En 2000-2001, le pourcentage d'hommes et de femmes du Nouveau-Brunswick classés dans la catégorie obèse est demeuré presque identique, et le pourcentage d'hommes canadiens classés comme obèses n'était que légèrement supérieur à celui des femmes canadiennes. Toutefois, comparativement aux moyennes canadiennes respectives, le taux d'obésité chez les hommes et les femmes du Nouveau-Brunswick était considérablement plus élevé. De même, la proportion d'hommes et de femmes du Nouveau-Brunswick appartenant à la catégorie des personnes ayant un excès de poids était supérieure à la proportion des hommes et des femmes du Canada. Réciproquement, le pourcentage de la population d'hommes et de femmes du Nouveau-Brunswick appartenant à la catégorie des personnes ayant un poids corporel acceptable était considérablement inférieur au pourcentage de l'ensemble de la nation.

Le pourcentage de la population nationale classée dans la catégorie des personnes ayant une insuffisance de poids était d'environ 2,6 % en 2000-2001, les femmes affichant un taux d'insuffisance de poids de plus ou moins quatre fois celui des hommes (4,2 % par rapport à 1,1 %). Le pourcentage de gens du Nouveau-Brunswick classés dans la catégorie des personnes ayant un insuffisance de poids était légèrement supérieur à la moitié de la moyenne nationale (1,6 % par rapport à 2,6 %) et le pourcentage de femmes néo-brunswickoises classées dans la catégorie des personnes ayant une insuffisance de poids était d'environ la moitié du taux des femmes canadiennes.

Il faut noter que les taux d'IMC déclarés ici ne sont pas normalisés selon l'âge et que les taux d'excès de poids et d'obésité tendent à augmenter avec l'âge. Ainsi, la différence entre les taux du Nouveau-Brunswick et les moyennes nationales, ainsi que certaines augmentations des taux d'excès de poids et d'obésité observées dans le temps, est parfois en partie attribuable au vieillissement de la population et à l'âge moyen plus élevé de la population du Nouveau-Brunswick. Cependant, la différence importante et constante observée entre les taux du Nouveau-Brunswick et les taux nationaux laisse présumer que, même en tenant compte des effets relatifs aux différences d'âge, les gens du Nouveau-Brunswick sont, en général, plus susceptibles d'être obèses ou d'afficher un excès de poids que les Canadiens en général.

Tableau 14.3.3 Obèse - Indice de masse corporelle 30.0 ou plus :
20 à 64 ans, par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1994-1995 à 2000-2001)
Pourcentage de la population

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1994-1995	13.2	18.7	13.3	15.5	13.1	21.9
1996-1997	12.2	19.8	13.1	15.3	11.3	24.2
1998-1999	14.5	21.2	15.1	17.4	13.9	24.7
2000-2001	14.9	20.7	16.0	20.6	13.9	20.8

Tableau 14.3.4 Insuffisance pondérale - Indice de masse corporelle moins de 18.5 :
20 à 64 ans, par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (1994-1995 à 2000-2001)
Pourcentage de la population

	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
Année	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
1994-1995	2.4	1.2 E	0.8 E	F	4.0	2.1 E
1996-1997	2.0	F	0.7	F	3.4	F
1998-1999	1.8	F	0.8 E	F	2.9	F
2000-2001	2.6	1.6	1.1	F	4.2	2.2 E

(F : Pas assez fiables pour être publiées)
(E : Données à utiliser avec précaution)

Spécifications techniques :

Exclusions : *Les personnes de moins de 20 ans et de plus de 64 ans, de même que les exclusions de la base de l'enquête.*

Numérateur : *Nombre de Canadiens âgés de 20 à 64 ans qui déclarent un IMC dans chacune des catégories suivantes :*

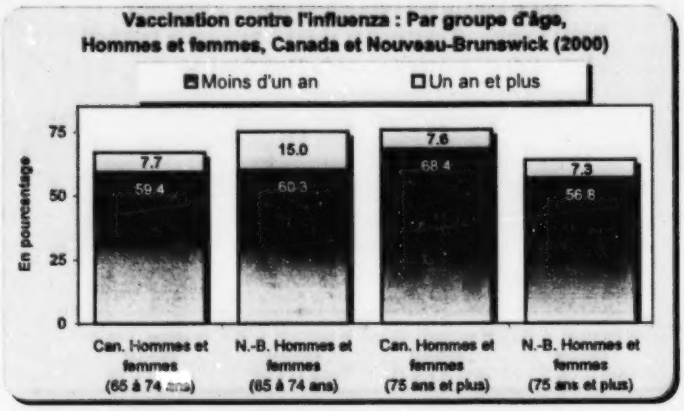
moins de 18,5 (insuffisance pondérale);
entre 18,5 et 24,9 (poids acceptable);
entre 25 et 29,9 (surcharge pondérale);
supérieur à 30 (obèse).

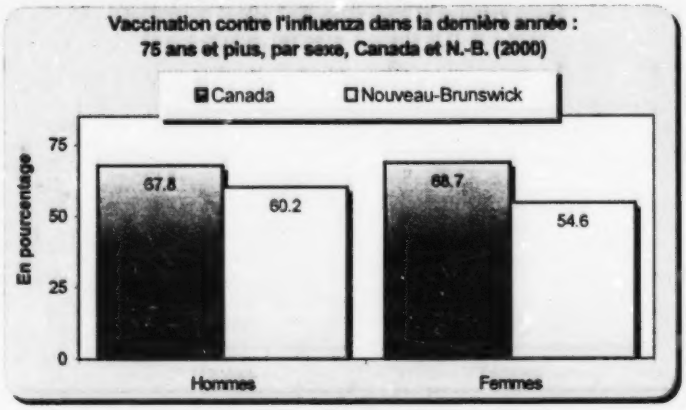
Dénominateur : *Total de la population canadienne âgée de 20 à 64 ans.*

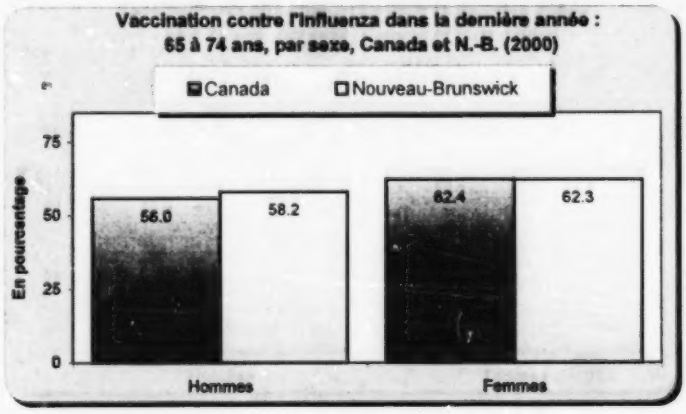
Calcul : *(Numérateur/dénominateur) multiplié par 100.*

Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1, 2000; Enquête nationale sur la santé de la population, 1994, 1996, 1998; ISQ.*

Vaccination contre l'influenza







DÉFINITION :

Pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans qui déclare avoir eu une vaccination contre l'influenza (vaccination antigrippale) pendant la dernière année ou il y plus d'une année.

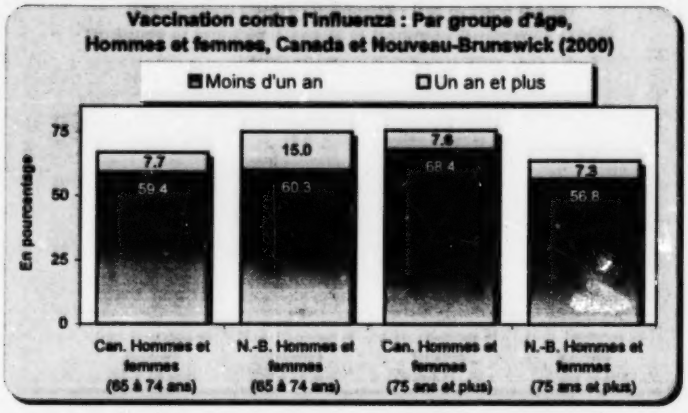
ANALYSE :

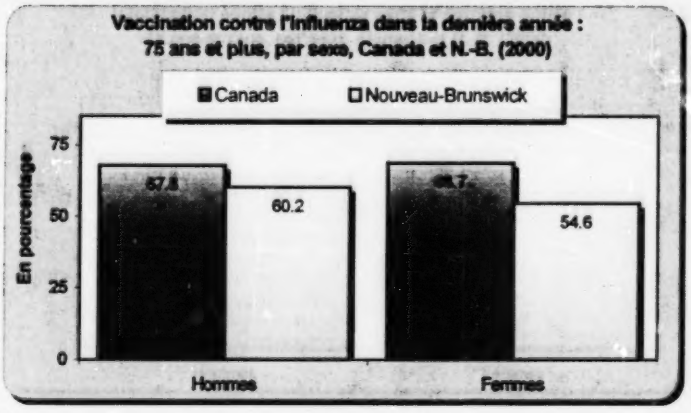
En 2000, le pourcentage de Néo-Brunswickois âgés de 65 à 74 ans ayant déclaré avoir eu un vaccin contre l'influenza pendant la dernière année était semblable à celui de la moyenne canadienne. Tant au niveau national que provincial, les femmes de ce groupe d'âge ayant déclaré avoir eu une vaccination contre l'influenza étaient légèrement plus nombreuses que les hommes du même groupe d'âge.

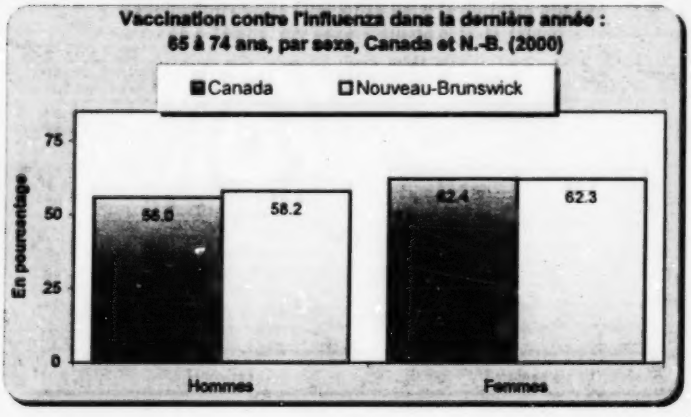
Les Néo-Brunswickois de la catégorie 75 ans et plus étaient en général un peu moins enclins que les Canadiens du même groupe d'âge à déclarer avoir eu un vaccin contre l'influenza pendant la dernière année. Tant chez les hommes que chez les femmes du Nouveau-Brunswick âgés de 75 ans et plus, les taux de vaccination antigrippale déclarés étaient plus bas que chez les Canadiens et Canadiennes du même groupe d'âge l'année dernière. Le pourcentage des femmes du Nouveau-Brunswick âgées de 75 ans et plus ayant déclaré avoir eu un vaccin antigrippal pendant la dernière année était inférieur au pourcentage des hommes du Nouveau-Brunswick du même groupe d'âge, et beaucoup inférieur à la moyenne nationale chez les femmes âgées de 75 ans et plus.

Il est reconnu que la vaccination constitue le moyen le plus efficace de prévenir ou d'atténuer la grippe chez les personnes qui courent un grand risque d'être très malades ou même de mourir en raison d'une infection grippale ou des ses complications. La vaccination antigrippale est recommandée pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et pour les autres groupes de personnes dont le système immunitaire pourrait être affaibli.

Vaccination contre l'influenza







DÉFINITION :

Pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans qui déclare avoir eu une vaccination contre l'influenza (vaccination antigrippale) pendant la dernière année ou il y plus d'une année.

ANALYSE :

En 2000, le pourcentage de Néo-Brunswickois âgés de 65 à 74 ans ayant déclaré avoir eu un vaccin contre l'influenza pendant la dernière année était semblable à celui de la moyenne canadienne. Tant au niveau national que provincial, les femmes de ce groupe d'âge ayant déclaré avoir eu une vaccination contre l'influenza étaient légèrement plus nombreuses que les hommes du même groupe d'âge.

Les Néo-Brunswickois de la catégorie 75 ans et plus étaient en général un peu moins enclins que les Canadiens du même groupe d'âge à déclarer avoir eu un vaccin contre l'influenza pendant la dernière année. Tant chez les hommes que chez les femmes du Nouveau-Brunswick âgés de 75 ans et plus, les taux de vaccination antigrippale déclarés étaient plus bas que chez les Canadiens et Canadiennes du même groupe d'âge l'année dernière. Le pourcentage des femmes du Nouveau-Brunswick âgées de 75 ans et plus ayant déclaré avoir eu un vaccin antigrippal pendant la dernière année était inférieur au pourcentage des hommes du Nouveau-Brunswick du même groupe d'âge, et beaucoup inférieur à la moyenne nationale chez les femmes âgées de 75 ans et plus.

Il est reconnu que la vaccination constitue le moyen le plus efficace de prévenir ou d'atténuer la grippe chez les personnes qui courent un grand risque d'être très malades ou même de mourir en raison d'une infection grippale ou des ses complications. La vaccination antigrippale est recommandée pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et pour les autres groupes de personnes dont le système immunitaire pourrait être affaibli.

Tableau 14.4 Vaccination contre l'influenza

Vaccination contre l'influenza pour les 65 à 74 ans :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (2000)
Pourcentage vacciné

Vacciné	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
contre l'influenza	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
Moins d'un an	59.4	60.3	56.0	58.2	62.4	62.3
Un an ou plus	7.7	15.0 E	8.4	F	7.1	16.4 E
Jamais vacciné	27.8	19.4 E	28.5	F	27.1	21.4 E

(F : pas assez fiables pour être publiées)
(E : données à utiliser avec précaution)

Vaccination contre l'influenza pour les 75 ans et plus :
Par sexe, Canada et Nouveau-Brunswick (2000)
Pourcentage vacciné

Vacciné	Hommes et femmes		Hommes		Femmes	
contre l'influenza	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.	Canada	N.-B.
Moins d'un an	68.4	56.8	67.8	60.2	68.7	54.6
Un an ou plus	7.6	7.3 E	5.2	F	9.1	F
Jamais vacciné	17.3	31.7	16.4	28.4 E	17.9	33.7

(F : pas assez fiables pour être publiées)
(E : données à utiliser avec précaution)

Spécifications techniques :

Cet indicateur est habituellement présenté en tant que proportion des personnes ayant déclaré une immunisation à l'intérieur de certaines périodes. Les questions posées sont : Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la grippe? Quand avez-vous reçu votre dernier vaccin contre la grippe?

Exclusions : *Exclusions de la base de l'enquête.*

Numérateur : *Nombre approximatif de personnes de 65 ans et plus qui ont déclaré une immunisation: a)moins d'un an, b) un an ou plus, c) jamais vacciné.*

Dénominateur : *Total de la population canadienne âgée de 65 ans et plus.*

Calcul : *(Numérateur/dénominateur) multipliée par 100.*

Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (sous-échantillon) – Cycle 1.1, 2000; ISQ.*